

**JOHNNY MASCARENHAS DE QUEIRÓS**

**FERRAMENTA DIGITAL PARA  
COLETA DE INFORMAÇÕES E APOIO  
PARA O DIAGNÓSTICO DA CULTURA  
DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Trabalho Final do Mestrado Profissional  
em Ciências Aplicadas à Saúde,  
apresentado à Universidade do Vale do  
Sapucaí, para obtenção do título de Mestre  
em Ciências Aplicadas à Saúde.

**POUSO ALEGRE - MG**

**2018**

**JOHNNY MASCARENHAS DE QUEIRÓS**

**FERRAMENTA DIGITAL PARA  
COLETA DE INFORMAÇÕES E APOIO  
PARA O DIAGNÓSTICO DA CULTURA  
DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Trabalho Final do Mestrado Profissional  
em Ciências Aplicadas à Saúde,  
apresentado à Universidade do Vale do  
Sapucaí, para obtenção do título de Mestre  
em Ciências Aplicadas à Saúde.

**ORIENTADOR:** Prof. Dr. José Dias da Silva Neto

**COORIENTADOR:** Prof. Dr. Taylor Brandão Schnaider

**POUSO ALEGRE - MG**

**2018**

Queirós, Johnny Mascarenhas.

**Ferramenta Digital para a Coleta de Informações e Apoio para o Diagnóstico da Cultura de Segurança do Paciente** / Johnny Mascarenhas de Queirós – Pouso Alegre: UNIVÁS, 2018.  
103f.

Trabalho Final do Mestrado Profissional em Ciência Aplicada à Saúde, Universidade do Vale do Sapucaí, 2018.

Título em Inglês: Digital Tool for the Collection of Information and Support for the Diagnosis of the Culture of Patient Safety.

Orientador: Prof. Dr. José Dias da Silva Neto

Coorientador: Prof. Dr. Taylor Brandão Schnaider

1. Segurança do Paciente; 2. Dano ao Paciente; 3. Gestão de Segurança; 4. Erros Médicos; 5. Coleta de Dados. I. Título.

**UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM  
CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE**

**COORDENADOR:** Prof. Dr. José Dias da Silva Neto

**Linha de Atuação Científico-Tecnológica:** Gestão e Qualidade em Lesões  
Teciduais

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este estudo aos profissionais que estão envolvidos direta e indiretamente no processo de tomada de decisões, responsáveis em fazer cumprir os requisitos legais, morais e éticos, visando o cuidado centrado no paciente.

## AGRADECIMENTOS

À **GLÓRIA DO GRANDE ARQUITETO DO UNIVERSO, DEUS**, e a todos meus irmãos da espiritualidade que juntamente com o primeiro, por ter-me dado saúde e força para superar as dificuldades interpostas em meu caminho.

Ao **PROF. DR. JOSÉ DIAS DA SILVA NETO**, meu **ORIENTADOR**, por confiar na idéia de realizar transformações, como ele mesmo defende e por suas orientações e direcionamento com seu conhecimento, como um verdadeiro guerreiro que é.

Ao **PROF. DR. TAYLOR BRANDÃO SCHNAIDER**, meu **CO ORIENTADOR**, sempre solícito não poupando esforços para ajudar e apoiar não somente seus orientandos mais todos os mestrandos que diante das dificuldades o solicitam.

À minha família que sempre me apoia nos momentos de dificuldade.

À **DRA. ADRIANA GIORGETI VEIGA**, minha querida, muito obrigado pelo apoio de sempre nos assuntos acadêmicos bem como nas dificuldades que a vida já me submeteu.

Aos **ENFERMEIROS, TÉCNICOS E AUXILIARES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO** que participaram como voluntários, proporcionando a realização deste estudo. Aos **LÍDERES DAS UNIDADES** que se prontificaram em colaborar na divulgação da proposta e liberação da equipe, sem a participação de vocês não teríamos condições de desenvolver este estudo.

**AOS PROFESSORES DO MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS APLICADA À SAÚDE**, pelos momentos de reflexão, apoio, transmissão do conhecimento proposto e de diversos finais de semanas juntos dedicando-se a construção do conhecimento.

E a todos que direta ou indiretamente colaboraram para que este estudo se realizasse, nosso muito obrigado.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AHRQ	<i>Agency Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
FUVS	Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRAS	Infecções Relacionadas à Assitência em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NBR	Normas Brasileiras
NQF	<i>National Quality Forum</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP	Plano de Segurança do Paciente
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SADT	Serviço de Apoio e Diagnostico ao Tratamento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIVAS	Universidade do Vale do Sapucaí
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGIPÓS	Vigilância Pós Uso e Comercialização
WHA	<i>World Health Assembly</i>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Campanha Anvisa de metas de segurança do paciente.....	5
<b>Figura 2</b> – Gráfico que apresenta resultados referente à questão: qual seu cargo ou função neste hospital? .....	17
<b>Figura 3</b> - Gráfico que apresenta resultados referente à questão: há quanto tempo você trabalha neste hospital?.....	18
<b>Figura 4</b> - Gráfico que apresenta resultados referente à questão: há quanto tempo você trabalha.....	18
<b>Figura 5</b> - Gráfico que apresenta apresenta resultados referente à questão: há quanto tempo você trabalha.....	19
<b>Figura 6</b> - Gráfico que apresenta apresenta resultados referente à questão: quantas horas por semana,.....	19
<b>Figura 7</b> - Gráfico que apresenta os resultados referente às expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes .....	21
<b>Figura 8</b> - Gráfico que apresenta os resultados referente ao aprendizado organizacional – melhoria contínua .....	23
<b>Figura 9</b> - Gráfico que apresenta os resultados referente ao trabalho em equipe no âmbito das unidades.....	24
<b>Figura 10</b> - Gráfico que apresenta os resultados referente à abertura da comunicação .....	25
<b>Figura 11</b> - Gráfico que apresenta os resultados referente ao retorno das informações e comunicação sobre os erros.....	27
<b>Figura 12</b> - Gráfico que apresenta os resultados referente às respostas não punitivas aos erros .....	28
<b>Figura 13</b> - Gráfico que apresenta os resultados referente à adequação profissional.....	30
<b>Figura 14</b> - Gráfico que apresenta os resultados referente ao apoio da gestão hospitalar .....	31
<b>Figura 15</b> - Gráfico que apresenta os resultados referente ao trabalho em equipe entre .....	33
<b>Figura 16</b> - Gráfico que apresenta os resultados referente à qualidade de informação na passagem de plantão/turno e transferências .....	34
<b>Figura 17</b> - Gráfico que apresenta os resultados referente à percepção geral da segurança do paciente .....	36
<b>Figura 18</b> - Gráfico que apresenta os resultados referente à frequência de eventos relatados	38
<b>Figura 19</b> - Gráfico que apresenta os resultados referente a questão: no seu o cargo/função, em geral tem interação ou contato direto com os pacientes? .....	38

<b>Figura 20</b> - Gráfico que apresenta resultados referente ao conhecimento dos profissionais sobre .....	39
<b>Figura 21</b> - Gráfico que apresenta os resultados referente à questão: nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos preencheu e apresentou?.....	39
<b>Figura 22</b> - Gráfico que apresenta os resultados referente à nota da segurança do paciente na área/ unidade de trabalho no hospital.....	40

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Respostas para à dimensão - Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes (B1, B2, B3, B4).....	21
<b>Tabela 2</b> - Respostas para à dimensão - Aprendizado organizacional – melhoria contínua (A6, A9, A13).....	22
<b>Tabela 3</b> - Respostas para à dimensão - Trabalho em equipe no âmbito das unidades (A1, A3, A4, A11).....	24
<b>Tabela 4</b> - Respostas para à dimensão - Abertura da comunicação (C2, C6) .....	25
<b>Tabela 5</b> - Respostas para à dimensão - Retorno das informações e comunicação sobre o erro (C1, C3 e C5).....	26
<b>Tabela 6</b> - Resposta não punitiva aos erros (A8, A12, A16).....	28
<b>Tabela 7</b> - Respostas para à dimensão - Adequações profissionais (A2, A5, A7, A14) .....	29
<b>Tabela 8</b> - Respostas para à dimensão - Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente (F1, F8, F9).....	31
<b>Tabela 9</b> - Respostas para à dimensão – Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares (F2, F4, F6, F10).....	32
<b>Tabela 10</b> - Respostas para à dimensão – Passagem de plantão/turno e transferências internas (F3, F5, F7, F11).....	34
<b>Tabela 11</b> - Respostas para à dimensão - Percepção geral da segurança do paciente (A10, A15, A17, A18) .....	36
<b>Tabela 12</b> - Respostas para à dimensão - Frequência de eventos relatados (D1, D2, D3).....	37

## SUMÁRIO

<b>1 CONTEXTO</b> .....	1
1.1 A segurança do paciente no mundo .....	1
1.2 A segurança do paciente no Brasil .....	2
1.3 A segurança do paciente como ferramenta de gestão .....	5
1.4 Cultura de Segurança do Paciente .....	8
<b>2 OBJETIVO</b> .....	11
<b>3 MÉTODOS</b> .....	12
3.1 Tipo de estudo .....	12
3.2 Local de realização do estudo .....	12
3.3 Aspectos éticos .....	12
3.4 Critérios de elegibilidade .....	12
3.5 Instrumento de coleta de dados .....	13
3.6 Coleta e armazenamento de dados .....	14
3.7 Planejamento Estatístico .....	16
<b>4 RESULTADOS</b> .....	17
4.1 Caracterização dos participantes .....	17
4.2 Resultado das dimensões da segurança .....	20
4.2.1 Nível da Unidade – 7 dimensões .....	20
4.2.1.1 Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes (4 itens: B1, B2, B3, B4). .....	20
4.2.1.2 Aprendizado organizacional – melhoria contínua (3 itens: A6, A9, A13). .....	22
4.2.1.3 Trabalho em equipe no âmbito das unidades (4 itens: A1, A3, A4, A11). .....	23
4.2.1.4 Abertura da comunicação (3 itens: C2, C6). .....	25
4.2.1.5 Retorno das informações e comunicação sobre o erro (C1, C3 e C5). .....	26
4.2.1.6 Respostas não punitivas aos erros (3 itens: A8, A12, A16). .....	27
4.2.1.7 Adequações Profissionais (4 itens: A2, A5, A7, A14). .....	29
4.2.2 Nível da Organização Hospitalar – 3 dimensões .....	30
4.2.2.1 Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente (3 itens: F1, F8, F9). .....	30
4.2.2.2 Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares (4 itens: F2, F4, F6, F10). .....	31
4.2.2.3 Passagens de plantão/turno e transferências internas (4 itens: F3, F5, F7, F11). .....	33
4.2.3 Medidas de resultado .....	35
4.2.3.1 Percepção geral da segurança do paciente (A10, A15, A17, A18) .....	35
4.2.3.2 Frequência de eventos relatados (3 itens: D1, D2, D3). .....	37

4.3 Percepção geral sobre a Segurança do Paciente .....	38
<b>5 PRODUTO</b> .....	41
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	54
6.1 Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes .....	57
6.2 Aprendizado organizacional – melhoria contínua .....	58
6.3 Trabalho em equipe no âmbito das unidades .....	59
6.4 Abertura da comunicação .....	60
6.5 Retorno das informações e comunicação sobre o erro .....	60
6.6 Respostas não punitiva aos erros .....	61
6.7 Adequações Profissionais .....	62
6.8 Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente .....	63
6.9 Trabalho em equipe entre as unidades .....	63
6.10 Passagens de plantão/turno e transferências internas .....	64
6.11 Percepção geral da segurança do paciente .....	65
6.12 Frequência de eventos relatados .....	65
<b>7 APLICABILIDADE</b> .....	67
<b>8 IMPACTO SOCIAL</b> .....	68
<b>9 CONCLUSÃO</b> .....	69
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	70
<b>ANEXOS</b> .....	76
ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do CEP .....	76
ANEXO 2 – Tradução da Ferramenta por Reis (2013) .....	79
ANEXO 3 – Aprovação da utilização da ferramenta pela AHRQ .....	85
ANEXO 4 – Termo de autorização para utilização das ferramentas Google .....	86
ANEXO 5 – Histórico do HCSL .....	90
<b>APÊNDICE</b> .....	92
APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	92
APÊNDICE 2 - Perguntas e respostas convertidas em números para análise estatística de A até H7 .....	93
APÊNDICE 3 - Resultados por dimensões através do Teste de <i>Friedman</i> .....	99
<b>NORMAS ADOTADAS</b> .....	103

## RESUMO

**Contexto:** Falhas na segurança do paciente destacou-se por ser oitava causa de morte em 1997. A Organização Mundial de Saúde reconheceu a necessidade de promoção de segurança do paciente como princípio fundamental dos sistemas de saúde. **Objetivo:** Aplicar ferramenta digital para apoio na coleta de informações e levantamento diagnóstico sobre a cultura de segurança do paciente. **Métodos:** Estudo primário, prospectivo, descritivo e transversal *survey*, abordagem quantitativa analítica, realizado no Hospital das Clínicas Samuel Libânio. Amostra 177: 30 Enfermeiros, 136 Técnicos-Enfermagem e 11 Auxiliares-Enfermagem. Aplicou-se questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* da *Agency Healthcare Research and Quality*, transcrito para ferramenta *online* do *Google Drive*. Resultados: A análise estatística das 12 dimensões demonstrou significância em 10 dimensões  $P = 0,000$ . Identificou-se divergência das respostas. Em 2 dimensões houve irrelevância estatística: dimensão relativa a respostas não punitivas aos erros  $P = 0,093$  e dimensão relativa à frequência de eventos relatados  $p = 0,078$ . **Conclusão:** A ferramenta possibilitou a obtenção de dados que proporcionaram a análise do diagnóstico institucional sobre Cultura de Segurança do Paciente no Hospital das Clínicas Samuel Libânio.

**Palavras-chaves:** Segurança do Paciente, Dano ao Paciente, Gestão de Segurança, Erros Médicos e Coleta de Dados

## ABSTRACT

**Context:** Failure of patient safety was highlighted as the eighth leading cause of death in 1997. The World Health Organization recognized the need to promote patient safety as a fundamental principle of health systems. **Objective:** Apply digital tool to support the collection of information and diagnostic survey on the culture of patient safety **Methods:** Primary study, prospective, descriptive and transversal research, quantitative analytical approach, performed at Samuel Libânio Clinical Hospital. Sample 177: 30 Nurses, 136 Technicians-Nursing and 11 Auxiliares-nursing. The Hospital Survey on Patient Safety Culture of the Research and Quality Agency transcribed to online tool of Google Drive. **Results:** The statistical analysis of the 12 dimensions showed significance in 10 dimensions  $P = 0.000$ . Divergence of responses was identified. In 2 dimensions there was statistical irrelevance: dimension relative to non-punitive responses to errors  $P = 0.093$  and dimension related to the frequency of reported events  $p = 0.078$ . **Conclusion:** The tool made it possible to obtain data that provided the analysis of the institutional diagnosis on Patient Safety Culture at Samuel Libânio Clinical Hospital.

**Key words:** Patient Safety, Patient harm, Safety management, medical errors and data collection

# 1 CONTEXTO

## 1.1 A segurança do paciente no mundo

O tema Segurança do Paciente assumiu devida importância a partir de 1999 com a publicação do livro “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (KOHN *et al.*, 2000; MITCHELL *et al.*, 2016) (*To err is Human: building a safer health system*) pelo *Institute of Medicine (IOM)*. Este livro trouxe dados de estudos realizados nos Estados Unidos da América (EUA) durante o ano de 1997, os quais revelaram um valor entre 44.000 a 98.000 mortes de pacientes por ano em virtude de danos causados durante a prestação do cuidado, colocando esta como a oitava causa de morte (KOHN *et al.*, 2000).

Desde então, algumas ações mundiais foram desencadeadas para tratar do assunto com o devido significado. Em 2002 o Conselho Executivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou na Assembleia da Saúde a resolução *World Health Assembly 55.18 (WHA55.18)*, a qual trouxe a preocupação com o alarmante impacto dos eventos adversos gerando o sofrimento humano, além da perda financeira para os serviços de saúde (WHO, 2002; WHO, 2012). Reconheceu a necessidade da promoção da segurança do paciente como princípio fundamental dos sistemas de saúde para melhoria do cuidado, e estabeleceu como princípios norteadores:

1. As políticas de saúde devem direcionar maior atenção à segurança do paciente; estabelecer e fortalecer pesquisas para esta finalidade, incluindo o monitoramento de medicamentos e utilização de tecnologias no cuidado.
2. Utilizar programas de qualidade que permitam o desenvolvimento de normas, padrões e diretrizes para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente,
3. Definir, medir e notificar eventos adversos e quase falhas nos cuidados de saúde, com o intuito de analisar as experiências dos programas existentes, buscar novos recursos para o desenvolvimento de sistemas de informação que auxiliem na tomada de medidas preventivas e na implementação para reduzir os riscos;
4. Promover o enquadramento de políticas baseadas em evidências, incluir padrões globais para melhoria do cuidado, com ênfase na segurança dos produtos utilizados e na prática clínica segura em conformidade com as orientações apropriadas;
5. Apoiar os esforços para promoção de uma cultura de segurança nas organizações de saúde e desenvolver mecanismos para reconhecer as características dos prestadores de cuidados de saúde que ofereça uma referência para excelência em segurança de pacientes (WHO, 2002).

Em maio de 2004 na quinquagésima sétima Assembleia Mundial da Saúde após os registros de progresso na aplicação da Resolução *WHA55.18* e o elevado nível de participação dos membros, a assembléia considerou a proposta de formação de uma aliança internacional para melhorar a segurança do paciente como uma iniciativa global. Foi então estabelecida a *World Alliance for Patient*

*Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), sendo renomeada pela OMS em 2009 como *Patient Safety Program* (Programa de Segurança do Paciente) (WHO, 2004).

Após a criação desta aliança desafios globais foram lançados com o objetivo de unificar esforços internacionais para fortalecer a política e a prestação do cuidado em saúde. O primeiro desafio lançado em 2005-2006 com o tema “Cuidado limpo é cuidado seguro” apresentou o objetivo de envolver os prestadores de saúde do mundo na redução da infecção associada aos cuidados, principalmente através da melhoria da higiene das mãos, aplicabilidade das diretrizes e ferramentas recomendadas (WHO, 2012).

O assunto escolhido como segundo desafio em 2007-2008 foi a segurança nos cuidados cirúrgicos, estabeleceu-se um conjunto de normas para aplicabilidade em todos os países nos seus diferentes contextos. Especialistas chegaram a um consenso de práticas definindo quatro áreas temáticas: trabalho em equipe, anestesia, prevenção da infecção de sítio cirúrgico e indicadores de avaliação dos serviços de cirurgia. Os grupos de estudos consideraram um conjunto de normas, avaliaram as evidências para inclusão, estimaram o impacto e descreveram medidas para avaliar os efeitos sobre o desempenho na segurança. Deste trabalho surgiu uma lista de verificação de fácil utilização para todos os interessados na melhoria da qualidade assistencial, na utilização de um instrumento de regulação e para que cada serviço inserisse elementos de segurança adequando à sua realidade e promovendo a adesão dos envolvidos (WHO, 2010).

Em 2009 a OMS organizou um grupo de trabalho para harmonizar, agrupar conceitos numa classificação internacionalmente aceita, com o intuito de promover a aprendizagem e o entendimento sobre a melhoria da segurança do paciente em todos os sistemas de saúde. Publicada em 2011 em Lisboa, a Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente possibilitou a descrição, comparação, medição, monitorização, análise e interpretação das informações dos principais problemas relacionados à segurança do paciente favorecendo planejamentos de melhorias no cuidado (WHO, 2011).

## **1.2 A segurança do paciente no Brasil**

O Brasil está diretamente inserido nesse movimento, faz parte da Aliança Mundial de Segurança do Paciente criada em 2004, nomeada posteriormente pela OMS como Programa de Segurança do paciente. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é o órgão responsável pela elaboração e fiscalização de diretrizes relacionadas à segurança do paciente que devem ser implantadas e acompanhadas pelas instituições de saúde.

Mesmo antes da participação neste programa a ANVISA lançou em 2002 a Rede Sentinela, programa que trabalha com o gerenciamento de risco sobre três pilares: busca ativa de eventos adversos, notificação de eventos adversos e uso racional de tecnologias em saúde. O objetivo inicial do projeto foi a participação de hospitais de média e alta complexidade no desenvolvimento de atividades para fortalecer a cultura da vigilância pós-uso e comercialização de produtos sob vigilância sanitária, funcionando como observatório na utilização de tecnologias e gerenciar os riscos à saúde. Com o desenvolvimento da Rede Sentinela novos eixos foram desenvolvidos extendendo o gerenciamento de risco em três áreas: farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2013a).

Após o primeiro desafio global da OMS “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura” a ANVISA direcionou esforços nas ações de promoção e prevenção de infecções nos serviços de saúde por meio da Declaração de Compromisso na Luta contra IRAS (Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde), lançada em 2007 pelo Ministro da Saúde (BRASIL, 2013b).

Em 2009 lançou a Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009 instituindo o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (VIGIPOS), com o intuito de promover a identificação precoce dos problemas relacionados aos serviços e produtos sob vigilância sanitária, com a finalidade de eliminar ou minimizar os riscos decorrentes da utilização destes (BRASIL, 2014a).

Em 2013 foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS nº 529, de 1 de abril de 2013, com o objetivo principal de contribuir com a qualificação do cuidado em saúde nos estabelecimentos que prestam assistência à saúde em todo território nacional. Essa iniciativa demonstra o comprometimento governamental em promover e melhorar a qualidade assistencial e segurança aos pacientes, orientando o desenvolvimento de estratégias e ações aos gestores, profissionais e usuários dos sistemas de saúde, através da execução sistemática de processos de cuidados com transparência, inclusão, responsabilização, sensibilização e capacidade de reagir a mudanças (BRASIL, 2013c).

Ainda em 2013 foi publicada Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 de 25 de julho de 2013 do Ministério da Saúde. Este documento determina que as instituições de saúde componham o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). Define como competência da direção dos serviços de saúde conferir aos membros nomeados autoridade, responsabilidade e poder para elaboração e execução de um Plano de Segurança do Paciente (PSP). Este plano elaborado pelo núcleo e aprovado pelo grupo gestor, é parte integrante do planejamento estratégico institucional uma vez que deve ser um dos objetivos estratégicos da instituição,

assim como uma ferramenta de gestão da organização e da cultura organizacional (BRASIL, 2013d; BRASIL, 2014b).

Com o intuito de manter a uniformização das terminologias entre os serviços a RDC nº 36 toma como referência as seguintes definições estratégicas estabelecidas pela Estrutura Conceitual da Classificação Internacional da Segurança do Paciente publicada em 2011 em Lisboa:

I-Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;

II - Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

III - Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;

IV - Evento adverso: incidente que resulta em dano à saúde;

V - Cultura de Segurança: 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.

VI- Gestão de risco: aplicação sistemática e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (WHO, 2011).

Mantendo a preocupação através de medidas para minimizar os riscos nas ações de saúde de maior prevalência de possibilidade de danos aos pacientes, a ANVISA publicou em 09 de julho de 2013 a Portaria MS nº 1.377, aprovando os protocolos de Cirurgia Segura, Prática de Higiene das Mãos e Redução do risco de Úlcera por Pressão. Em 24 de setembro de 2013, aprova por meio da Portaria MS nº 2.095, os Protocolos de Queda, Identificação do Paciente e Segurança na Prescrição, no Uso e Administração de Medicamento. Esses protocolos foram lançados como campanha nacional (Figura 1) direcionando como metas principais para o desenvolvimento de ações de segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013e; BRASIL, 2013f).



**Figura 1** - Campanha Anvisa de metas de segurança do paciente

Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1243-sas-raiz/dahu-raiz/dahu/seguranca-do-paciente/seguranca-do-paciente-12/28066-capacitacoes>. Acesso em: 28/07/16

### 1.3 A segurança do paciente como ferramenta de gestão

Em 1854, durante a guerra da Criméia, *Florence Nightingale* ao coletar dados sobre a mortalidade dos soldados, percebeu que a taxa era maior do que as ocorridas nos campos de batalha e que estavam relacionadas a complicações patológicas evitáveis ocorridas dentro dos serviços hospitalares. Assim, introduziu medidas de higienização e padronização de cuidados reduzindo consideravelmente as taxas (BRASIL, 2013b; SOUZA, 2014).

Posteriormente, *Ernest Codman*, cirurgião americano, formulou a proposta “*The End Result System Standardization*”, onde cada hospital acompanharia o paciente para averiguar se o tratamento oferecido alcançou o resultado esperado. Nos casos de insucesso, deveriam investigar as causas e corrigí-las para melhores resultados posteriores (SERAPIONI, 2009). Acreditava que a obediência de padrões aumentaria a probabilidade de melhores resultados para os pacientes. Em 1918 o Colégio Americano de Cirurgiões (*American College of Surgeons*), seguindo os conceitos de *Ernest Codman*, instituiu o programa de padronização

dos hospitais, com o intuito de acompanhar a eficácia e efetividade dos tratamentos realizados (SOUZA, 2014).

Na segunda metade do Século XX, a qualidade do cuidado de saúde emergiu nos EUA através de *Donabedian*, um dos precursores do tema cuidado de qualidade, que inspirado na teoria dos sistemas definiu um modelo de avaliação para o cuidado em saúde conhecido pela tríade estrutura, processo e resultado (REIS *et al.*, 2013).

A estrutura é caracterizada pelos recursos materiais, tecnologias, recursos humanos e suas qualificações, características organizacionais, tipos de supervisão, protocolos utilizados e ferramentas de avaliação e desempenho. O processo compreende as etapas do cuidado em si (diagnóstico, tratamento, reabilitação e educação do paciente) desenvolvidas pelos profissionais diretamente envolvidos. O resultado refere-se às mudanças ocasionadas no estado de saúde dos pacientes ou populações envolvidas. Essa tríade é utilizada para os processos de avaliação da qualidade do cuidado e busca a inter-relação destes na execução do cuidado (SOUZA, 2014).

*Donabedian* definiu a boa qualidade do cuidado de saúde como um produto de dois fatores: a ciência e a tecnologia; e a aplicação destas nas práticas. Defende que a qualidade do cuidado em saúde é composta por sete dimensões: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Essas dimensões avaliadas e medidas isoladamente, em variadas combinações ou forma expressam a magnitude da qualidade (BRASIL, 2013b).

Para *Serapione* (2009), o conceito de qualidade é complexo, polivalente e dependente de vários fatores a começar pela concepção de saúde a qual considera a pessoa na sua unidade e integridade biopsíquicas, incluindo os componentes espirituais e sociais. Esta complexidade é reforçada pela variedade de atores que atuam nos sistemas de saúde e a diversidade de ponto de vistas expressos pelos ideais e interesses particulares. Ressalta a que a qualidade está condicionada a contextos históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais, portanto os critérios de avaliação da qualidade da atenção devem acompanhá-los (SERAPIONE, 2009).

Diante de toda a complexidade sobre o conceito de qualidade, o *Institute of Medicine (IOM)* trouxe a definição até a atualidade mais frequentemente utilizada, definiu a qualidade como o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual, definição frequentemente utilizada. Trouxe também com a publicação *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* em 2001, a importante contribuição na inserção do tema segurança do paciente como dimensão da qualidade

nomeada como cuidado centrado no paciente. Esta publicação elegeu as dimensões para o cuidado em saúde: efetividade, eficiência, equidade, cuidado centrado no paciente e oportunidade, seguidas mundialmente até a atualidade (MEDICINE, 2011; PORTO, 2016).

Considerando que a qualidade em saúde apresenta uma complexidade ímpar pelo número de variáveis envolvidas nos processos, para definir o que cada instituição é capaz de implantar e acompanhar de processos de melhorias torna-se necessário o entendimento do contexto onde serão inseridas as dimensões descritas pelo IOM. *Serapione* (2009) traz o conceito de *Cipolla* afirmando que a qualidade não é um problema de presença/ausência e sim um problema de gradação. Podemos encontrar instituições com elevada qualidade técnica através da capacitação dos profissionais, mas com baixo nível de relacionamento interpessoal, por isso a avaliação e diagnóstico dessas dimensões trazem importantes informações aos gestores e líderes dos serviços para planejamento de novos processos de melhorias.

Como a segurança do paciente é considerada uma dimensão da qualidade, o entendimento sobre a cultura de segurança precisa ser analisado constantemente. A *National Quality Forum (NQF)* em sua publicação *Safe Practices for Better Healthcare– 2010 Update* aborda a necessidade de promover a cultura de segurança em todos os ambientes de saúde, uma cultura consciente que demonstre valores, atitudes, competências e comportamentos, características e que determinam o compromisso com a gestão da saúde e segurança do paciente (NQF, 2010).

As práticas seguras recomendadas pela NQF com o intuito de criar, melhorar e manter a cultura de segurança são:

1. Definir estruturas e sistemas de liderança: “os líderes dirigem valores, os valores dirigem os comportamentos, e os comportamentos coletivos dos indivíduos de uma organização definem a sua cultura”. Os líderes devem estar envolvidos no processo de criação e transformação necessária para desenvolver e sustentar uma cultura de segurança, devem estabelecer e manter o engajamento, sensibilizar, responsabilizar, habilitar e agir em favor da segurança dos pacientes atendidos.

2. Avaliar a cultura, informar sobre os resultados e intervir: parte do princípio de que só é possível melhorar o que se pode medir. As instituições de saúde devem utilizar ferramentas validadas para esta finalidade que contemplem dimensões que compõem a construção da cultura de segurança, a aplicabilidade deve ser periódica. Cabe às instituições de saúde informar os resultados aos profissionais e gestores e tomar as medidas de melhoria necessárias.

3. Promover o trabalho em equipe: o trabalho em equipe deficiente é reconhecido como causas de dano e óbito. Recomenda-se estabelecer um enfoque proativo, sistemático e

organizacional de formação em trabalho em equipe, através da construção de habilidades e melhoria de desempenho das equipes com o intuito de mitigar os danos.

4. Identificar e mitigar os riscos e perigos: as organizações devem sistematicamente identificar e diminuir riscos e perigos relacionados com a segurança do paciente com enfoque contínuo de redução dos danos evitáveis. Deve utilizar métodos internos, retrospectivos, concorrentes ou prospectivos, para analisar os riscos genéricos, e específicos. O serviço de saúde deve contar com um bom sistema de monitoramento que revele os prováveis problemas de segurança, reforçando a importância de ter bons indicadores (BRASIL, 2013b).

Segundo as Normas Brasileiras (NBR) 31.001 riscos são efeitos da incerteza nos objetivos. Gerenciar risco requer das instituições atividades coordenadas com o intuito de implementar, monitorar, analisar e estabelecer novas ações de melhoria para mitigar os riscos diagnosticados nos processos de trabalho (ABNT, 2009).

O PNSP tem como proposta a melhoria na prestação da assistência, sugere às instituições que rediscutam e repensem seus processos de trabalho com o intuito de garantir aos pacientes o resultado desejado sem o risco de ocorrência de lesões adicionais (BRASIL, 2013d).

#### **1.4 Cultura de Segurança do Paciente**

O tema segurança do paciente traz a ideia de um conceito bem definido e delimitado cujo objetivo é propor mudanças para reduzir ou eliminar riscos ocasionados ao paciente. No entanto, a realidade apresenta particularidades que tornam difícil a abordagem deste assunto, considerando as complexidades das organizações de Saúde e o caráter multifatorial das situações relacionada às falhas de segurança (MENDES e BARROSO, 2014).

Danos decorrentes do cuidado à saúde têm expressivo impacto nos gastos das instituições de saúde no Brasil. O valor médio pago nas internações onde houve eventos adversos é três vezes maior do que aquelas que não tiveram. (PORTO *et al.*, 2010).

A cultura de segurança foi definida em 1993 pela *Health and Safety Commission* como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura (REIS *et al.*, 2012).

Alcançar a proposta da cultura de segurança do paciente, por meio da reestruturação de valores, comportamentos individuais e de grupos para alcançar uma

organização saudável e segura é um desafio complexo. Segundo Borges e Marques (2011), o processo de mudança da cultura organizacional deve analisar a perspectiva humana, uma vez que são entendidas como um conjunto de indivíduos e grupos. Portanto, os indivíduos percebem os objetos e os acontecimentos de forma pessoal e distinta e conseqüentemente geram reações que seguem o mesmo padrão (HERNANDEZ E e CALDAS, 2001).

Considerando esta perspectiva, mudar uma cultura organizacional significa renovar um contrato psicológico entre os indivíduos e a instituição com o objetivo de alcançar um equilíbrio entre a contribuição e retribuição dos envolvidos (BORGES e MARQUES, 2011).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente ressaltou a necessidade urgente de fortalecer as defesas do sistema de saúde e a importância de fazê-lo sem culpar individualmente os profissionais de saúde, porém não os eximindo da responsabilidade por suas ações. A cultura da culpabilização não gerará a resolução dos problemas, estes passarão despercebidos impossibilitando a elaboração de estratégias efetivas para melhoria dos processos assistenciais (BRASIL, 2013b).

A avaliação da cultura de segurança do paciente é o primeiro passo para a busca de uma cultura forte e positiva reforçada através da comunicação, trabalho de equipe, fluxo de informação entre unidades, visão comum sobre a importância da segurança do paciente, comprometimento sólido e constante da direção e liderança, uma abordagem não punitiva do incidente e relatórios de erros. Em breve as organizações serão reconhecidas pela confiança na efetividade de suas ações preventivas (EL-JADALI *et al.*, 2014).

Para a mudança da cultura organizacional, com o foco na segurança do paciente, tornando a instituição um ambiente mais saudável e seguro por meio da aquisição de novas competências e mudança de comportamento dos indivíduos que dela participam, faz-se necessário o analisar a cultura atual e diagnosticar o entendimento sobre cultura da segurança do paciente (DICUCCIO, 2015; KIM *et al.*, 2015). As fragilidades diagnosticadas devem ser consideradas como importante ferramenta de análise para estabelecimento na construção de novas competências estimulando a responsabilidade profissional e o envolvimento institucional na busca contínua da melhoria e do cuidado seguro (REIS *et al.*, 2016).

A *Agency For Health Care Research and Quality* (AHRQ) definiu ferramenta diagnóstica de segurança do paciente para ser utilizada por instituições de saúde com finalidade de auxílio no direcionamento dos serviços, com intuito de construção de nova cultura institucional.

A estratégia para resolução de um tema de grande impacto social, correlaciona-se com o desenvolvimento tecnológico. O acesso ao conhecimento por parte dos profissionais

envolvidos no cuidado centrado no paciente permite atualmente que os profissionais se voltem para a prevenção criando meios tecnológicos (SANTOS *et al.*, 2017).

Justifica-se realização de estudo, que determine a aplicação dos princípios da AHRQ com utilização de ferramenta digital que além de facilitar a coleta de dados, garante sigilo absoluto dos dados.

## **2 OBJETIVO**

Aplicar ferramenta digital para apoio na coleta de informações e levantamento diagnóstico sobre a cultura de segurança do paciente.

## **3 MÉTODOS**

### **3.1 Tipo de estudo**

Estudo prospectivo, descritivo e transversal.

### **3.2 Local de realização do estudo**

Hospital das Clínicas Samuel Libânio, Pouso Alegre, Minas Gerais - MG

### **3.3 Aspectos éticos**

O presente estudo obedeceu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi aprovado em 14 de dezembro 2016, com o número 1.866.822 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas Dr. José Antônio Garcia Coutinho com CAAE 60923616.7.0000.5102 (ANEXO 1).

Mantiveram-se os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, garantindo respeito aos participantes em sua dignidade, autonomia, privacidade e proteção da imagem, reconhecendo sua vulnerabilidade e assegurando-lhe a decisão em contribuir e permanecer ou não na pesquisa por meio da manifestação expressa, livre e esclarecida conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

Não houve ônus financeiros para os participantes e para a organização estudada, todas as despesas com a pesquisa correram por conta do pesquisador.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado em duas vias aos participantes com informações e esclarecimentos sobre a pesquisa garantindo-lhes a decisão de forma livre de pressão ou coação sobre a participação. Uma das vias foi entregue aos participantes assinado por eles e pelo pesquisador. Desta forma a pesquisa ofereceu risco mínimo de constrangimento aos participantes na resposta do questionário, através do direito de recusa sem prejuízo das suas atividades. (Apêndice 1)

### **3.4 Critérios de elegibilidade**

A pesquisa teve como população alvo os colaboradores de enfermagem contratados pela instituição. Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa de

forma aleatória, durante o turno de serviço, em horários que não comprometessem a assistência aos pacientes, conforme a autorização da enfermeira de plantão, dentro do período estabelecido para coleta de dados. Diante das restrições anteriores 177 profissionais foram convidados os quais aceitaram participar após a explicação do objetivo do estudo e leitura dos termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os alunos e estagiários de enfermagem foram considerados como critérios de não inclusão, assim como profissionais de férias e licenças. Os critérios de exclusão foram: sujeitos que se negaram a assinar o TCLE ou desistiram da pesquisa após iniciar respostas ao questionário.

### **3.5 Instrumento de coleta de dados**

A ferramenta *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) validada publicada em 2013 é constituída por nove seções nomeadas de A à I, subdivididas em 42 itens que abordam 12 dimensões da cultura de segurança e avalia o grau de concordância dos profissionais sobre este tema por meio de escala de cinco pontos de *Likert*. As dimensões são distribuídas da seguinte forma: sete relacionadas à unidade de trabalho, três relacionadas ao hospital e dois relacionadas à variáveis de resultado, conforme ANEXO 2 (REIS, 2016).

Apresenta questões/afirmações que utilizam escalas de cinco pontos como alternativas. Dentre os itens de repostas, o respondente escolhe entre as opções: discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente. Algumas questões/afirmações disponibilizam as seguintes respostas: nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre. Uma questão tem como itens: excelente, muito boa, regular, ruim e muito ruim. Há ainda uma questão que aborda se o respondente possui contato ou interação com os pacientes com as opções de resposta sim ou não (REIS, 2016).

Com o intuito de favorecer a coleta de dados e garantir o sigilo da identificação do respondente, respeitando os aspectos relacionados à ética da pesquisa e à cultura do paciente, garantindo que a participação não acarretaria qualquer prejuízo na atuação dentro da instituição, possibilitando maior liberdade na resposta, à ferramenta HSOPSC traduzida para o português foi transcrita na íntegra para o formato *online*, conforme autorização da AHRQ (ANEXO 3).

Utilizou-se o *Google Forms*, um dos serviços disponíveis oferecidos pelo *Google*, através do *Google Drive*. Conforme o Termo de Serviços *Google*, concede a licença pessoal, isenta de *royalties* na utilização do *software* e seus serviços, para armazenar, submeter, enviar ou receber conteúdo. A propriedade intelectual sobre o conteúdo desenvolvido utilizando as

ferramentas pertence ao responsável pelo desenvolvimento e permanecerá com o mesmo. Utilizando a plataforma *Google*, permite a este o direito da utilização das informações para a melhoria dos serviços (ANEXO 4).

Para o desenvolvimento da ferramenta foi necessário à utilização de uma conta *Google* criada através do site *www.gmail.com*, personalizada com os dados do usuário que definiu senha de acesso de sua responsabilidade com mecanismos de recuperação de dados. Desta maneira, o *Google Drive* ficou disponível para utilização e direcionamento para as diversas ferramentas oferecidas por este serviço.

Ao finalizar o formulário o compartilhamento ocorreu por *e-mail* ou por meio da área de trabalho com ícone no *tablet*, semelhante ao acesso de um aplicativo. Neste estudo optou-se pela segunda opção, onde o respondente só teve acesso ao formulário por meio do *tablet* do pesquisador, após conhecimento da proposta do estudo e do TCLE. Ao final do formulário, ao clicar na opção enviar, as respostas foram automaticamente encaminhadas para uma planilha de *Excel* disponibilizada pela própria ferramenta e permitiu que os dados fossem trabalhados nessa plataforma, como também o *download* para trabalhar em planilha específica que foi salva no próprio computador como *backup*.

A ferramenta digital foi desenvolvida com o intuito de favorecer a coleta de dados e garantir o sigilo da identificação do respondedor, respeitando os aspectos relacionados à ética da pesquisa e à cultura do paciente, garantindo que sua participação não acarretaria qualquer prejuízo na sua atuação dentro da instituição, possibilitando maior liberdade na resposta. Para isto, o instrumento criado pelo AHRQ *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), traduzido e validado pelo trabalho de Reis (2013), foi transcrito na íntegra para esta plataforma com autorização da AHRQ (ANEXO 3) o acesso à ferramenta digital foi realizado apenas pelo pesquisador por meio de senha.

### **3.6 Coleta e armazenamento de dados**

Para a coleta de dados estabeleceu-se o período de fevereiro a abril de 2017, nos períodos diurno e noturno, com o intuito de alcançar o maior número de pessoas. Iniciou-se a coleta pelas UTIs, posteriormente hemodiálise, setor particular e convênios, clínica médica e cirúrgica.

A coleta foi realizada pelo pesquisador que ao chegar nas unidades dirigia-se ao Enfermeiro responsável para explicar o objetivo da pesquisa, o método de coleta, o tempo necessário para preenchimento da ferramenta e solicitar a liberação dos profissionais no momento que julgasse viável, sem prejudicar a prestação da assistência. À medida que os

profissionais eram liberados, em um ambiente isolado de interferência externas, o pesquisador se apresentava, explicava ao respondente o objetivo da pesquisa, demonstrava a ferramenta de coleta, deixando claro o mecanismo de armazenamento dos dados, o qual manteria em sigilo o respondente e as informações registradas. Abordava sobre a liberdade em participar da pesquisa e após a aceitação, apresentava o TCLE para leitura e assinatura. Uma vez assinado, o próprio respondente armazenava o termo em uma pasta onde já havia outros termos, na ordem que desejasse para garantir o sigilo do respondente.

A ferramenta foi instalada no aparelho *tablet* do pesquisador, adquirido exclusivamente para este fim. O respondente clicava no ícone e imediatamente tinha acesso ao formulário de preenchimento. O pesquisador acompanhava o momento da abertura da ferramenta e posteriormente mantinha a privacidade do respondente permanecendo à disposição para esclarecimento de dúvidas. Ao finalizar o preenchimento, o pesquisador acompanhou com o respondente o momento de envio das informações, para garantir que não fossem perdidas nessa etapa. O pesquisador não obteve acesso às informações registradas nesse momento.

Os dados foram obtidos por meio de um formulário elaborado na plataforma do *Google Drive*, disponibilizado no equipamento *tablet* do pesquisador. À medida que os dados eram preenchidos pelos respondentes, após sua finalização e envio, eram enviados simultaneamente para planilha de *Excel* do próprio programa, que permite inserção de fórmulas para cálculos como porcentagens e médias. Permite também que cópias das planilhas sejam baixadas para o *Excel* do *Microsoft Office*. Para garantir a segurança da informação, o pesquisador optou pela segunda opção. Os dados foram enviados para o estatístico que utilizou o próprio recurso do programa para cálculo de porcentagens e médias.

O questionário foi composto por questões/afirmações de múltipla escolha, divididas entre dois grupos de opções estipulados na validação da ferramenta. O primeiro apresentava opções concordo, concordo totalmente, discordo, discordo totalmente, nem concordo e nem discordo. As opções do segundo grupo eram: quase sempre, sempre, nunca, raramente e às vezes. Para fins de cálculo, os itens dos grupos receberam numeração de 1 a 5 assim distribuídos: (1) discordo totalmente e nunca, (2) discordo e raramente, (3) indiferente e às vezes, (4) concordo e quase sempre, (5) concordo totalmente e nunca. Como a própria ferramenta indica, a porcentagem foi calculada, por itens em cada questão/afirmação considerando todas as respostas. Posteriormente, as questões/afirmações foram agrupadas em doze dimensões com finalidades específicas de avaliação. O intuito foi trabalhar uma amostra significativa para verificação da ferramenta na coleta de dados, formulando um diagnóstico geral institucional na área da Enfermagem.

Após terem sido agrupadas por dimensões, as questões/afirmações foram analisadas para identificar os resultados que representaram positividade conforme o enunciado das questões/afirmações. Para questões/afirmações elaboradas de forma positiva, considerou-se as respostas: concordo, concordo totalmente, sempre e quase sempre. Para questões/afirmações com enunciados negativos, foram adotadas como respostas positivas: discordo, discordo totalmente, raramente e nunca. (Apesar do ato de discordar representar negatividade, neste contexto, significou compreensão positiva).

O percentual positivo das respostas estabeleceu entendimento sobre a cultura de segurança do paciente e permitiu identificar pontos fortes e frágeis para estabelecimento de estratégias de melhorias.

### **3.7 Planejamento Estatístico**

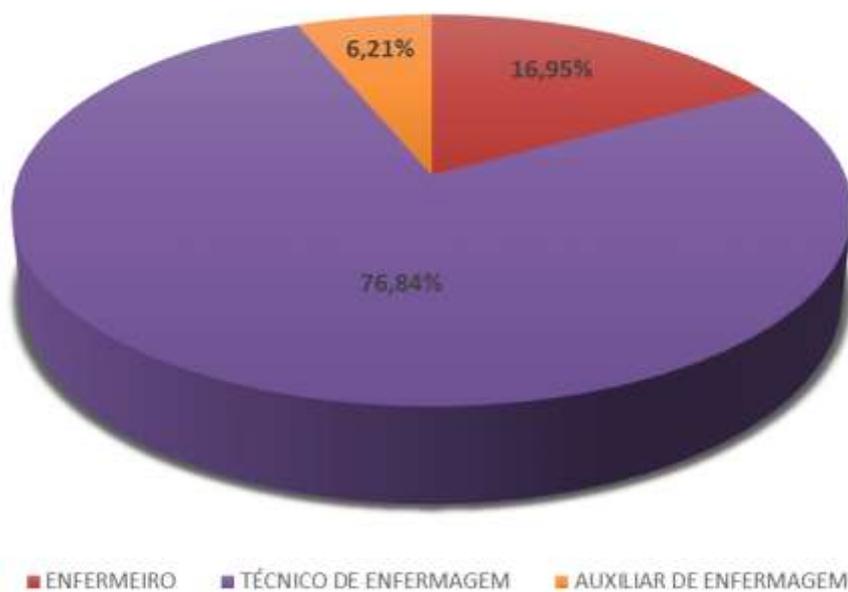
O teste de *Friedman* foi utilizado para analisar as respostas subjetivas, não paramétrica. Utilizou-se o programa Minitab<sup>®</sup> 17.3.1 para análise estatística.

## 4 RESULTADOS

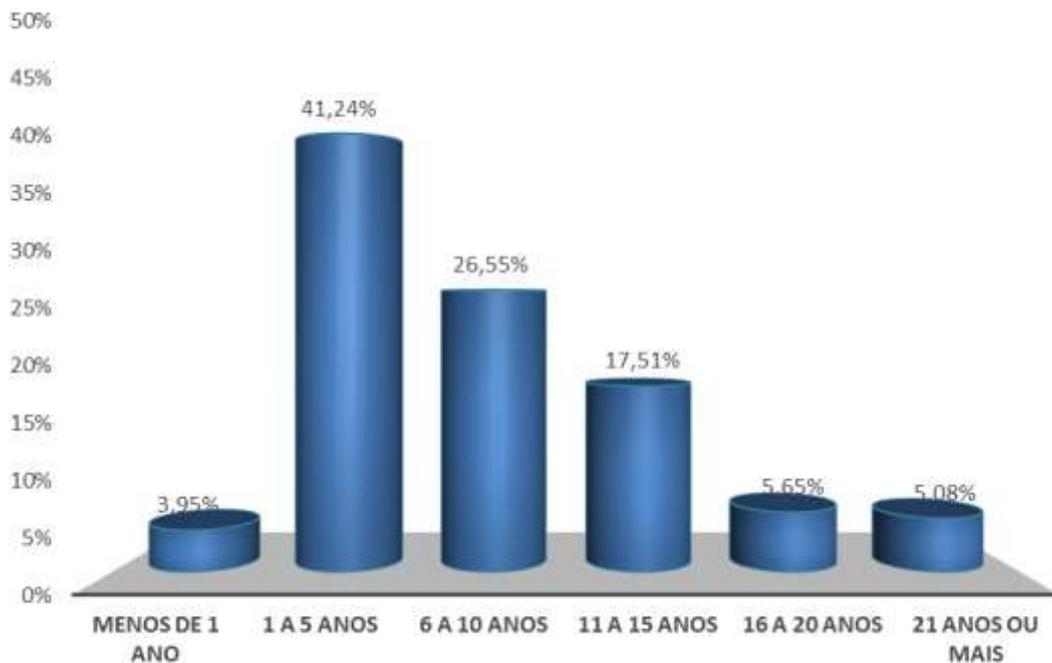
### 4.1 Caracterização dos participantes

O presente estudo contou com a participação de 177 voluntários pertencentes ao grupo da Enfermagem, a representação de cada categoria do total coletado foram: 30 Enfermeiros (16,95%), 136 Técnicos de Enfermagem (76,84%) e 11 Auxiliares de Enfermagem (6,21%) (Figura 2).

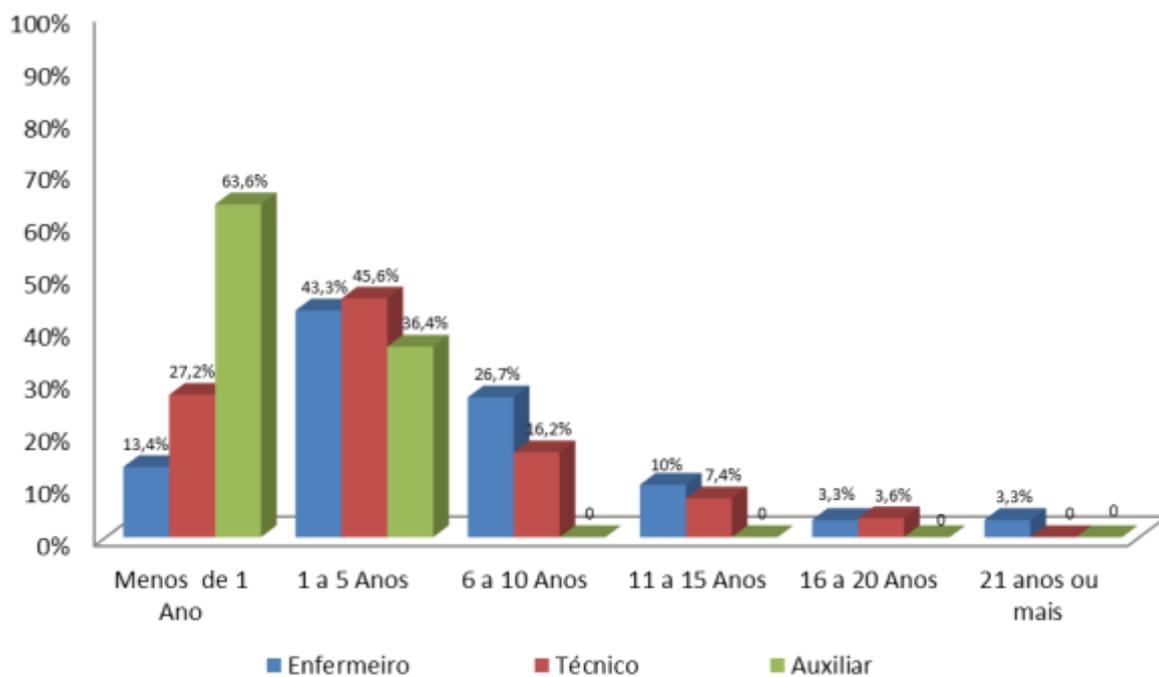
Considerando a amostra, o tempo de atuação predominante dos profissionais no hospital foi de 1 a 5 anos (Figura 3), o tempo de atuação predominante na área/unidade atual foi de 6 a 10 anos, com exceção do grupo de auxiliar de enfermagem que apresentou um valor significativo (63,6%) referente a um período inferior a um ano. (Figura 4) O tempo de atuação na profissão/especialidade atual foi em média de 1 a 10 anos, o grupo de auxiliar de enfermagem (45,5%) apresentou valor significativo no período inferior há um ano (Figura 5). A carga horária de atuação predominante dos profissionais de enfermagem no serviço foi de 21 a 60 horas por semana (Figura 6).



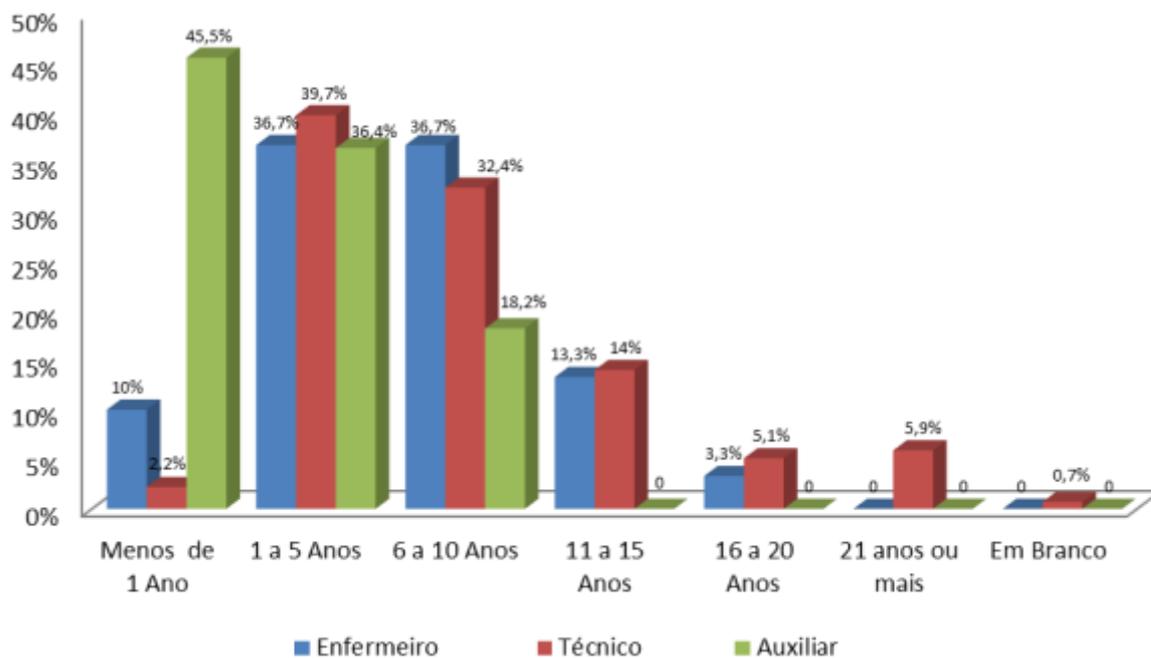
**Figura 2** – Gráfico que apresenta resultados referente à questão: qual seu cargo ou função neste hospital?



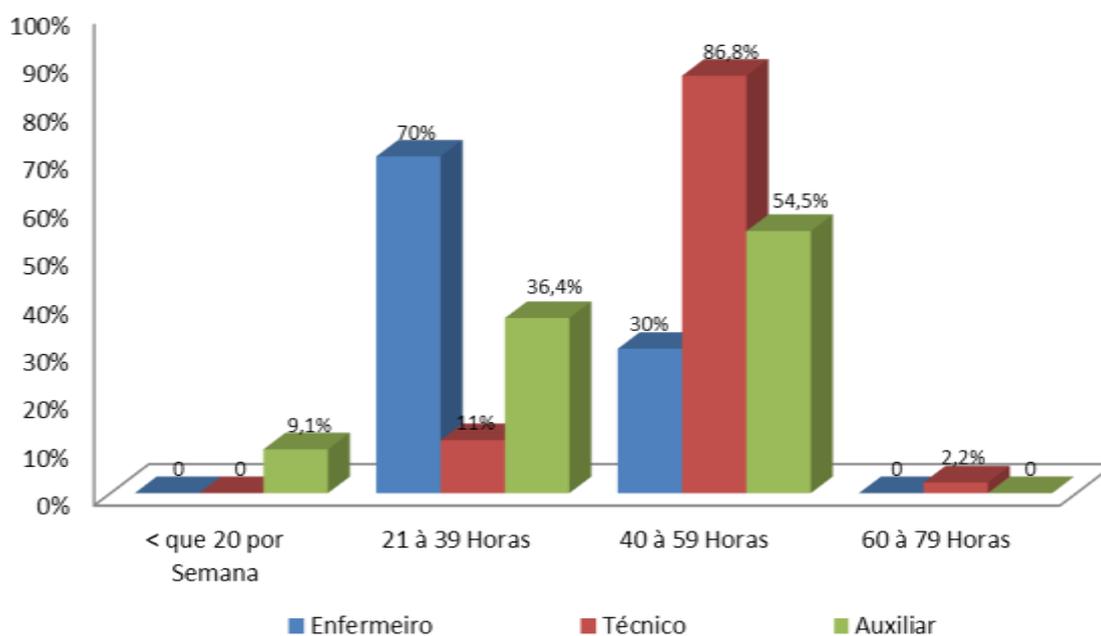
**Figura 3** - Gráfico que apresenta resultados referente à questão: há quanto tempo você trabalha neste hospital?



**Figura 4** - Gráfico que apresenta resultados referente à questão: há quanto tempo você trabalha em sua área atual do hospital?



**Figura 5** - Gráfico que apresenta resultados referente à questão: há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual?



**Figura 6** - Gráfico que apresenta resultados referente à questão: quantas horas por semana, normalmente você trabalha neste hospital?

## **4.2 Resultado das dimensões da segurança**

As perguntas e respostas convertidas em números para análise estatística de A até H7, foram dispostas em planilha do *Excel*, assim como a soma geral das porcentagens (Apêndice 2).

Através do Teste de *Friedman*, se definiu resultados por dimensões que foram de 1 a 12; demonstrados nas tabelas (Apêndice 3).

### **4.2.1 Nível da Unidade – 7 dimensões**

#### **4.2.1.1 Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes (4 itens: B1, B2, B3, B4).**

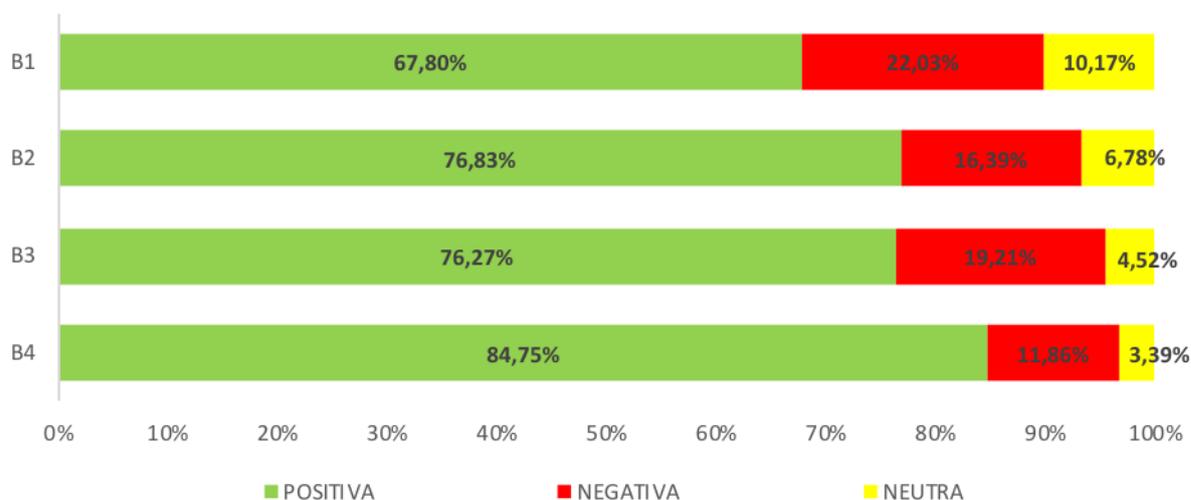
Avaliou-se a valorização e reconhecimento dos supervisores quanto às sugestões e participação dos colaboradores para procedimentos de melhoria da segurança do paciente. Observou-se a predominância da avaliação positiva, referente à atuação dos supervisores e gerentes (Figura 7), com destaque para a atenção positiva da liderança aos problemas relacionados à segurança do paciente que ocorrem repetidamente, representado por 84,75% (Figura 7) referente à somatória das repostas positivas de B4 (51,98% e 32,77%- Tabela 1).

Observou-se positividade em B3 (53,11% e 23,16% - Tabela 1) na discordância de que os líderes cobram maior rapidez na vigência de pressão, mesmo que signifique “pular etapas”. Considerou-se as sugestões dos profissionais para as melhorias referentes à segurança do paciente, conforme demonstrado nas respostas positivas de B2 (59,32% e 17,51%), totalizando 76,83% de positividade (Figura 7). As respostas positivas de B1 referente ao *feedback* pelo empenho e envolvimento dos profissionais nas questões relacionadas à segurança do paciente apresentou resultado inferior às demais (54,24% e 13,56% - Tabela 1) totalizando 67,80% (Figura 7).

**Tabela 1** - Respostas para à dimensão - Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes (B1, B2, B3, B4).

Questões/Afirmações	Discordo	Discordo totalmente	Concordo	Concordo totalmente	Indiferente
<b>B1- O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.</b>	15,82%	6,21%	54,24%	13,56%	10,17%
<b>B2 - O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para melhoria da segurança do paciente.</b>	11,86%	4,52%	59,32%	17,51%	6,78%
<b>B3 - Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.</b>	53,11%	23,16%	15,82%	3,39%	4,52%
<b>B4 - O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.</b>	51,98%	32,77%	10,17%	1,69%	3,39%

P = 0,000 (ajustado para empate) Teste de *Friedman*



**Figura 7** - Gráfico que apresenta os resultados referente às expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes

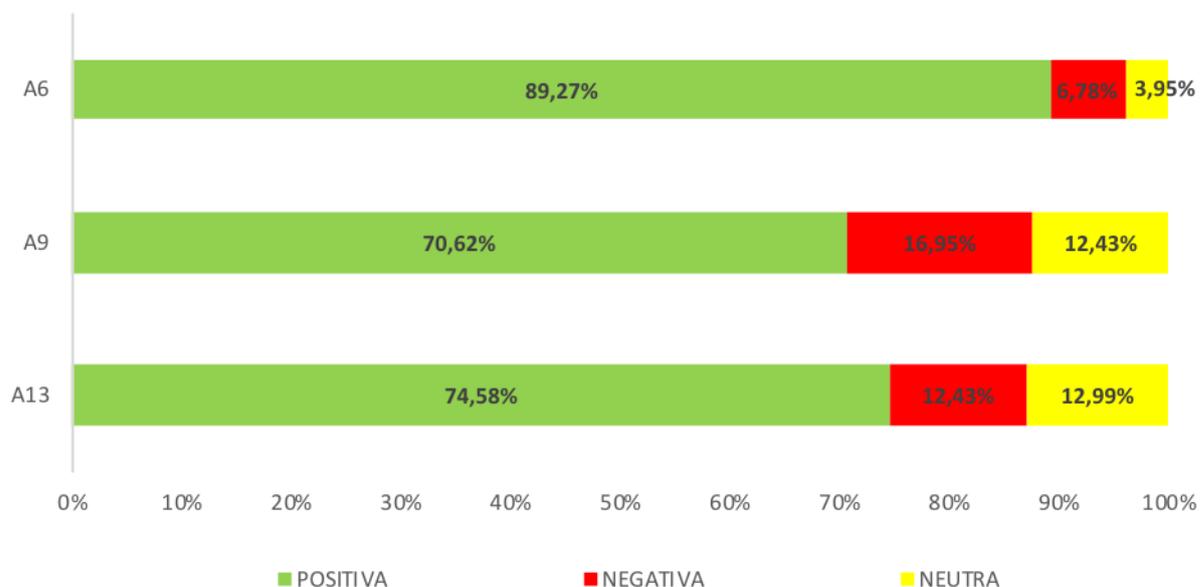
#### 4.2.1.2 Aprendizado organizacional – melhoria contínua (3 itens: A6, A9, A13).

Avaliou-se o aproveitamento do erro como momento de aprendizado gerando oportunidade de mudanças e suas efetividades. Conforme a Figura 8, o aprendizado organizacional é uma dimensão de importante maturidade institucional demonstrada pela positividade dos dados. Observou-se na Tabela 2, que a organização age ativamente na melhoria da segurança do paciente conforme as respostas positivas de A6 (66,10% e 23,16%), totalizando 89,27% de positividade (Figura 8). A utilização dos erros como aprendizado e construção de novas barreiras, demonstrado nas respostas de A9 (70,62% - Figura 8) apresenta uma positividade inferior às demais. A efetividade das ações implantadas para melhoria da segurança do paciente (A13), apresenta positividade significativa (66,67% e 7,91% - Tabela 2) totalizando 74,58% (Figura 8).

**Tabela 2** - Respostas para à dimensão - Aprendizado organizacional – melhoria contínua (A6, A9, A13)

Questões/Afirmações	Discordo	Discordo totalmente	Concordo	Concordo totalmente	Indiferente
<b>A6 - Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.</b>	6,21%	0,56%	66,10%	23,16%	3,95%
<b>A9 - Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.</b>	10,73%	6,21%	61,02%	9,60%	12,43%
<b>A13 - Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.</b>	12,43%	0%	66,67%	7,91%	12,99%

P = 0,000 (ajustado para empate) Teste de *Friedman*



**Figura 8** - Gráfico que apresenta os resultados referente ao aprendizado organizacional – melhoria contínua

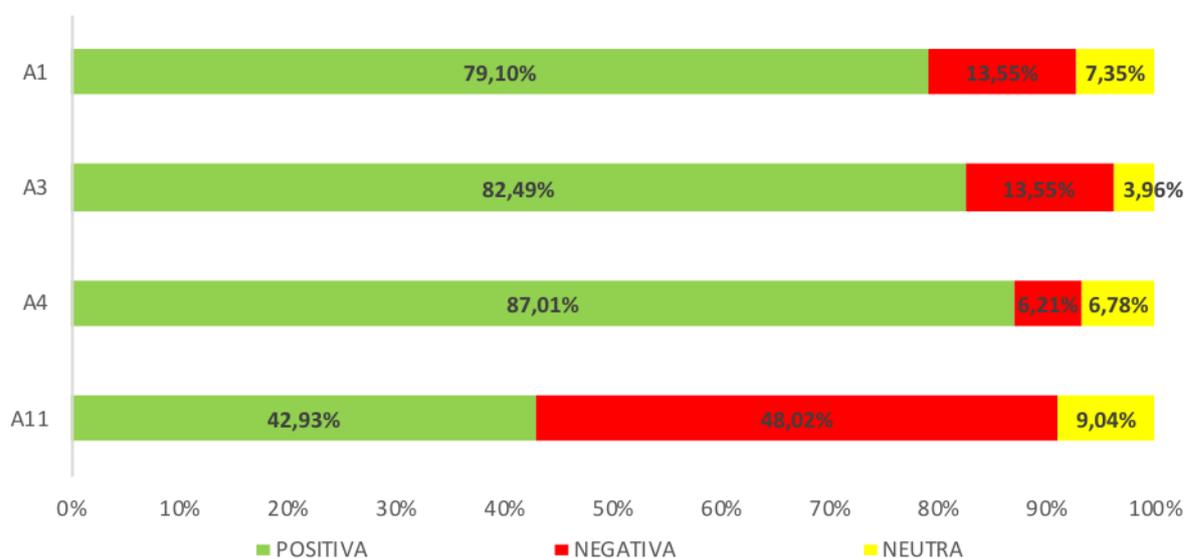
#### 4.2.1.3 Trabalho em equipe no âmbito das unidades (4 itens: A1, A3, A4, A11).

A dimensão avaliou apoio e respeito entre funcionários, assim como o trabalho em equipe. A Figura 9 retrata importante positividade em três itens avaliados e negatividade significativa de um item. Conforme Tabela 3, o trabalho em equipe apresenta importante representatividade quando avaliada a unidade de trabalho dos respondentes. Nas respostas de A1, referente ao apoio entre profissionais da mesma unidade, observou-se 79,10% de resposta positivas (Figura 9). Em A3, observou-se 64,97% e 17,51% (Tabela 3) de resposta positivas totalizando 82,49% (Figura 9). O maior índice de respostas positivas está em A4 onde os respondentes concordaram que há respeito entre os profissionais (87,01% - Figura 9). Em contrapartida, as respostas em A11 retrataram negatividade (48,02% - Figura 9) referente à colaboração entre as unidades diante da sobrecarga de serviço.

**Tabela 3** - Respostas para à dimensão - Trabalho em equipe no âmbito das unidades (A1, A3, A4, A11)

Questões/Afirmações	Discordo	Discordo totalmente	Concordo	Concordo totalmente	Indiferente
A1 - Pense na sua área/ unidade de trabalho no hospital. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.	11,86%	1,69%	68,93%	10,17%	7,34%
A3. Quando há muito a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	10,73%	2,82%	64,97%	17,51%	3,95%
A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	4,52%	1,69%	64,41%	22,60%	6,78%
A11. Quando uma área/ unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam.	31,64%	16,38%	36,72%	6,21%	9,04%

P = 0,000 (ajustado para empate) Teste de *Friedman*



**Figura 9** - Gráfico que apresenta os resultados referente ao trabalho em equipe no âmbito das unidades

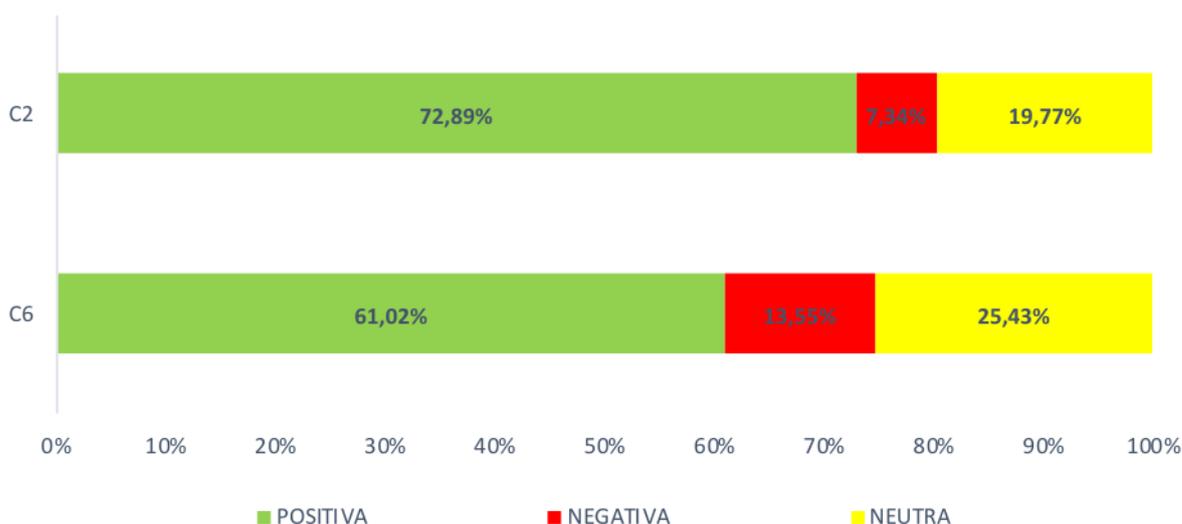
#### 4.2.1.4 Abertura da comunicação (3 itens: C2, C6).

A Figura 10 demonstrou análise das opiniões dos respondentes quando se avaliou a liberdade de comunicação entre os colaboradores, sobre erros que poderiam afetar o paciente e o questionamento quanto à possibilidade de erros, aos profissionais com maior autoridade. As respostas de C2 demonstraram positividade (72,89% - Figura 10). Em C6, a relevância das respostas positivas (33,90% e 27,12% - Tabela 4) foi inferior a C2 (12,99% e 59,89% - Tabela 4) ao retratar a liberdade de questionar algo que parece não estar correto.

**Tabela 4** - Respostas para à dimensão - Abertura da comunicação (C2, C6)

Questões/Afirmações	Nunca	Raramente	Quase Sempre	Sempre	Às vezes
<b>C2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.</b>	2,26%	5,08%	12,99%	59,89%	19,77%
<b>C6. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de questão, quando algo parece não estar certo.</b>	33,90%	27,12%	7,34%	6,21%	25,42%

P = 0,000 (ajustado para empate) Teste de *Friedman*



**Figura 10** - Gráfico que apresenta os resultados referente à abertura da comunicação

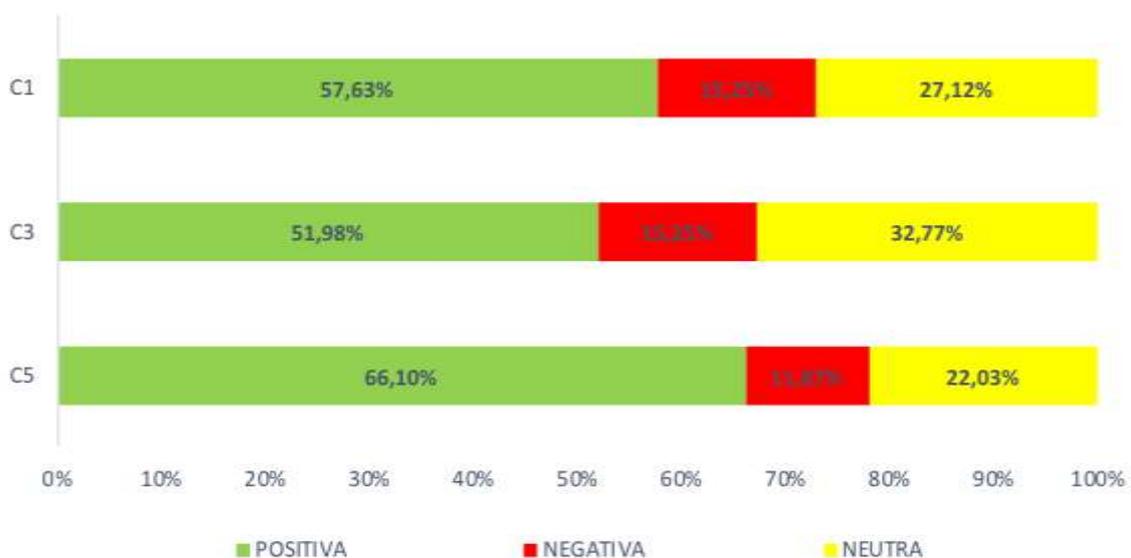
#### 4.2.1.5 Retorno das informações e comunicação sobre o erro (C1, C3 e C5)

A dimensão avaliou a ocorrência de notificação de eventos, medidas implementadas, estratégia e mudanças discutidas para evitar erros no futuro. A Figura 11 demonstra índices de positividade não tão significativo. Em C1, os resultados demonstraram uma positividade de 57,63% (Figura 11) referente à comunicação de mudanças para melhorias à partir de relatórios de eventos. As respostas em C3 retrataram a efetividade na transferência da informação sobre eventos ocorridos nas unidades, representaram o menor índice de positividade da dimensão (51,98% - Figura 9). O maior índice de positividade foi apresentado em C5 (19,21% e 46,89% - Tabela 5) totalizando 66,10% (Figura 9). Ao confirmarem que nas unidades há uma preocupação e momentos de discussão para estabelecimento de barreiras, com o intuito de minimizar a ocorrência de novos eventos.

**Tabela 5** - Respostas para à dimensão - Retorno das informações e comunicação sobre o erro (C1, C3 e C5)

Questões/Afirmações	Nunca	Raramente	Quase Sempre	Sempre	Às vezes
<b>C1 - Somos informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.</b>	2,26%	12,99%	16,38%	41,24%	27,12%
<b>C3 - Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.</b>	5,08%	10,17%	14,12%	37,85%	32,77%
<b>C5. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.</b>	3,39%	8,47%	19,21%	46,89%	22,03%

P = 0,015 (ajustado para empate) Teste de *Friedman*



**Figura 11** - Gráfico que apresenta os resultados referente ao retorno das informações e comunicação sobre os erros.

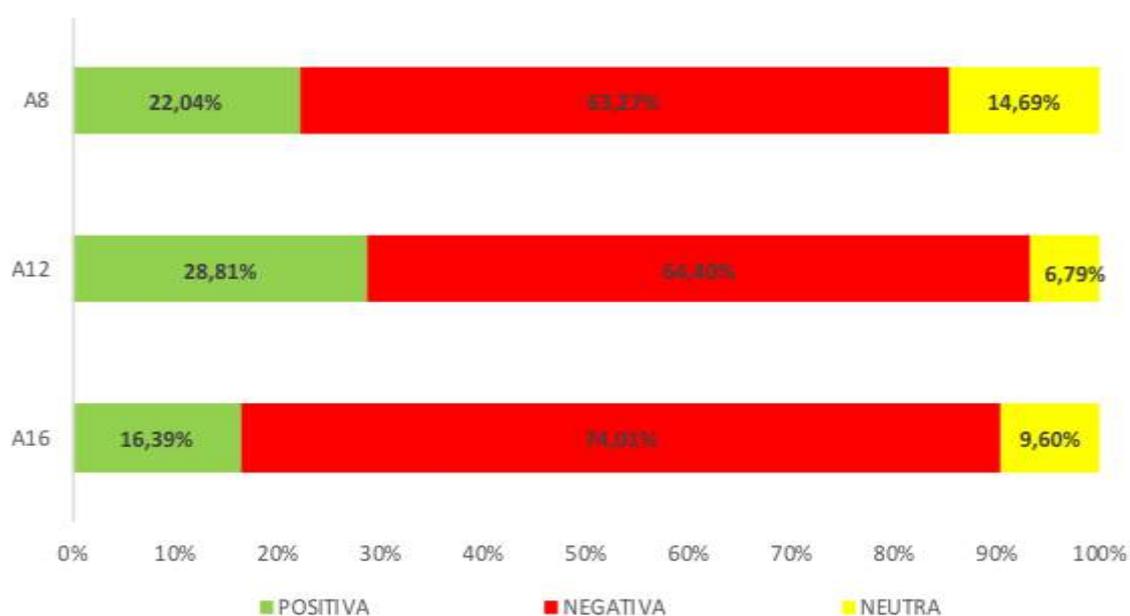
#### 4.2.1.6 Respostas não punitivas aos erros (3 itens: A8, A12, A16)

Avaliou-se o sentimento dos colaboradores sobre erros em processos assistenciais, onde as notificações poderiam ser utilizadas contra eles e registrada em seus prontuários. A Figura 12 demonstrou predominância de repostas negativas nesta dimensão. Em A8, 63,27% os respondentes concordaram que suas falhas poderão não ser utilizadas a seu favor. Nas repostas de A12, referentes ao evento recair sobre o respondente, as repostas positivas (23,16% e 5,65% - Tabela 6) totalizaram 28,81% (Figura 12), houve uma predominância de resposta negativas (50,28% e 14,12 – Tabela 6) ao concordarem com a afirmação da questão. A maior representatividade da negatividade desta dimensão ocorreu em A16 (74,03%- Figura 12), onde os respondentes demonstraram receio que seu erros, enganos e falha fossem registrados em suas fichas funcionais.

**Tabela 6 - Resposta não punitiva aos erros (A8, A12, A16)**

Questões/Afirmações	Discordo	Discordo totalmente	Concordo	Concordo totalmente	Indiferente
A8 - Os profissionais (independente do vínculo empregatício) consideram que suas falhas possam ser usadas contra eles.	19,77%	2,26%	51,41%	11,86%	14,69%
A12 - Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	23,16%	5,65%	50,28%	14,12%	6,78%
A16. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais.	12,99%	3,39%	59,89%	14,12%	9,60%

P = 0,093 (ajustado para empate) Teste de *Friedman*



**Figura 12 - Gráfico que apresenta os resultados referente às respostas não punitivas aos erros**

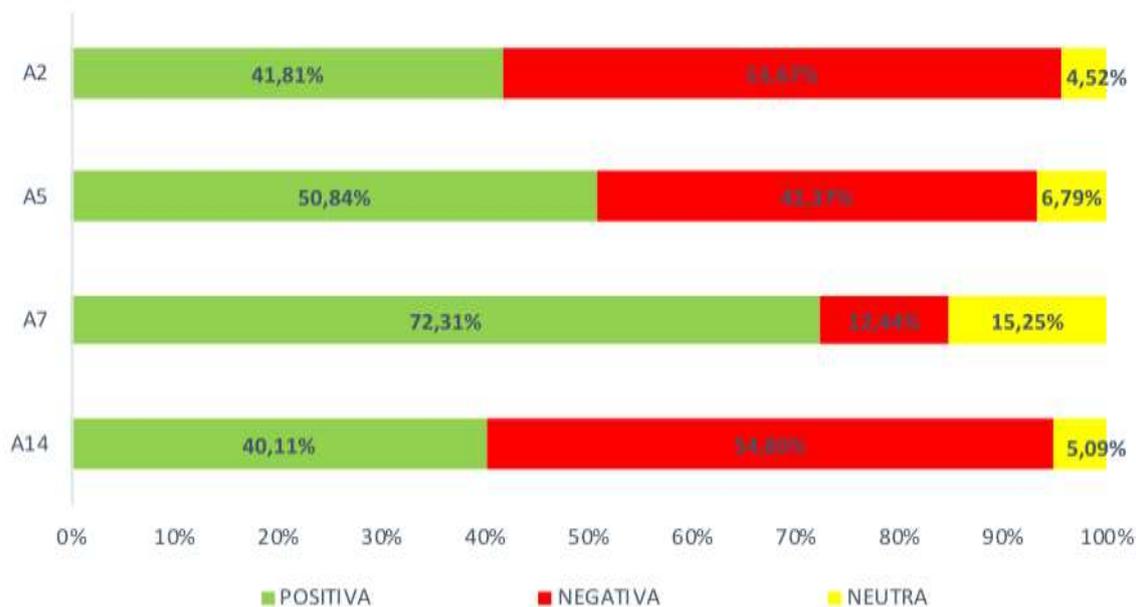
#### 4.2.1.7 Adequações Profissionais (4 itens: A2, A5, A7, A14)

Avaliou-se a opinião dos colaboradores sobre a capacidade em lidar com carga de trabalho e se estas estão adequadas para oferecer atendimento adequado aos pacientes. Conforme a Figura 13 a dimensão apresentou item de positividade relevante e predominância da negatividade nos dados em dois itens avaliados. Em A2 houve predominância da negatividade das respostas (53,67% - Figura 13) ao discordarem sobre a quantidade suficiente de profissionais para as atividades desenvolvidas. As respostas em A5, referente a carga horária maior do que seria o melhor para o cuidado ao paciente, apresentou positividade (43,50% e 7,34% - Tabela 07), totalizando 50,84% (Figura 13). As respostas obtidas em A7 representaram a maior positividade da dimensão (72,31% - Figura 13), ao discordarem sobre a utilização de maior quantidade de profissionais temporários do que o necessário para a execução do cuidado ao paciente. Houve predominância da negatividade em A14 (54,80% - Figura 13), ao concordarem que trabalham em situação de crise, exercendo muitas atividades e de forma rápida.

**Tabela 7** - Respostas para à dimensão - Adequações profissionais (A2, A5, A7, A14)

Questões/Afirmações	Discordo	Discordo totalmente	Concordo	Concordo totalmente	Indiferente
<b>A2 - Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho.</b>	43,50%	10,17%	35,03%	6,78%	4,52%
<b>A5 - Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.</b>	43,50%	7,34%	35,03%	7,34%	6,78%
<b>A7 - Utilizamos mais profissionais temporário/terceirizado do que seria desejável para o cuidado do paciente.</b>	57,06%	15,25%	11,30%	1,13%	15,25%
<b>A14. Nós trabalhamos em “situação de crise” tentando fazer muito e muito rápido.</b>	36,72%	3,39%	41,81%	12,99%	5,08%

P = 0,000 (ajustado para empate) Teste de *Friedman*



**Figura 13** - Gráfico que apresenta os resultados referente à adequação profissional

#### 4.2.2 Nível da Organização Hospitalar – 3 dimensões

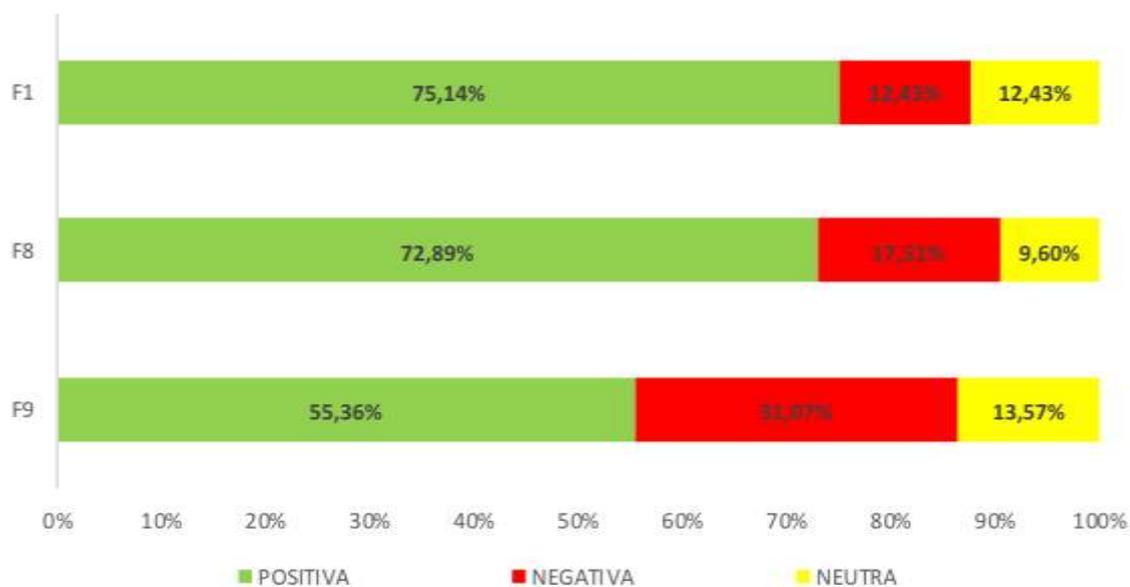
##### 4.2.2.1 Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente (3 itens: F1, F8, F9)

Avaliou-se a possibilidade da administração e gestão do hospital proporcionar clima de trabalho que ressalte a segurança do paciente como prioritária. A questão F1 demonstrou positividade nas respostas (66,67% e 8,47% - Tabela 08), totalizando 75,14% (Figura 14), diante da concordância dos respondentes referente ao clima de trabalho que promove a segurança do paciente propiciado pela direção do hospital. Nos dados de F8 há positividade das respostas (72,89% - Figura 14), onde os respondentes concordam que a direção demonstra prioridade para a segurança do paciente. A menor representatividade da positividade da dimensão foi demonstrada em F9 (55,36% - Figura 14), em discordarem que a direção do hospital demonstra interesse com a segurança do paciente apenas na vigência de eventos adversos.

**Tabela 8** - Respostas para à dimensão - Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente (F1, F8, F9)

Questões/Afirmações	Discordo	Discordo totalmente	Concordo	Concordo totalmente	Indiferente
<b>F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente?</b>	11,30%	1,13%	66,67%	8,47%	12,43%
<b>F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade.</b>	14,12%	3,39%	59,32%	13,56%	9,60%
<b>F9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.</b>	46,89%	8,47%	25,42%	5,65%	13,56%

P = 0,000 (ajustado para empate) Teste de *Friedman*



**Figura 14** - Gráfico que apresenta os resultados referente ao apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente

#### 4.2.2.2 Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares (4 itens: F2, F4, F6, F10)

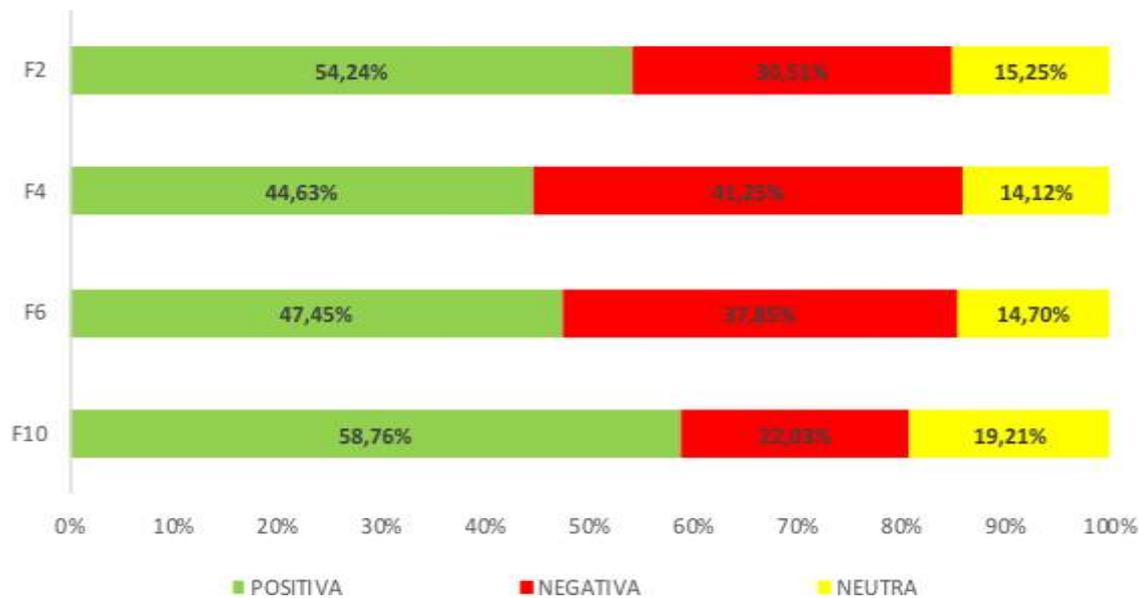
Avaliou-se a cooperação e coordenação entre as unidades para prover a qualidade do cuidado aos pacientes. A Figura 15 demonstra predominância de positividade, apesar dos dados significativos da negatividade. Em F2, 54,24% (Figura 15) discordaram que as

unidades não estão coordenadas entre si. A positividade das respostas de F4 (40,68% e 3,95% - Tabela 09) difere pouco da negatividade (37,29% e 3,95% - Tabela 09), 44,63% (Figura 15) concordam que há uma boa cooperação entre as unidades que trabalham em conjunto, enquanto 41,25% discordam dessa afirmação. As respostas de F6 (41,24% e 6,21% - Tabela 09), demonstraram positividade (47,45% - Figura 15) ao discordarem que é desagradável trabalhar com profissionais de outras áreas. A maior representatividade da positividade da dimensão (58,76% - Figura 15) foi demonstrada nas respostas de F10 ao concordarem que as unidades trabalham bem em conjunto para prestarem o melhor cuidado ao paciente.

**Tabela 9** - Respostas para à dimensão – Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares (F2, F4, F6, F10)

Questões/Afirmações	Discordo	Discordo totalmente	Concordo	Concordo totalmente	Indiferente
<b>F2 - As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.</b>	49,72%	4,52%	27,12%	3,39%	15,25%
<b>F4 - Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.</b>	37,29%	3,95%	40,68%	3,95%	14,12%
<b>F6 - Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital.</b>	41,24%	6,21%	30,51%	7,34%	14,69%
<b>F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.</b>	20,34%	1,69%	49,15%	9,60%	19,21%

P = 0,000 (ajustado para empate) Teste de *Friedman*



**Figura 15** - Gráfico que apresenta os resultados referente ao trabalho em equipe entre as unidades hospitalares

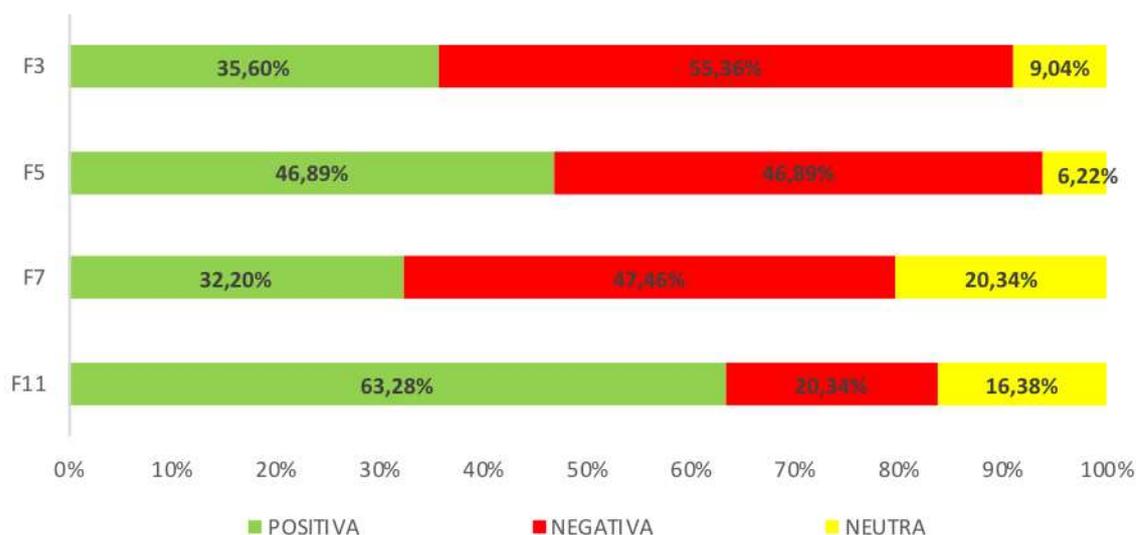
#### 4.2.2.3 Passagens de plantão/turno e transferências internas (4 itens: F3, F5, F7, F11)

Avaliou-se a qualidade de informações sobre os cuidados aos pacientes no processo de transferência entre as unidades e na passagem de plantão. A Figura 16 demonstra a predominância da negatividade na dimensão. As respostas de F3 representam a maior negatividade da dimensão (55,36% - Figura 16) ao concordarem que o processo de cuidado é comprometido durante a transferência do paciente para outras unidades. Em F5 a negatividade das respostas (37,29% e 9,60% - Tabela 10) totalizaram 46,89% (Figura 16) ao concordarem que é comum a perda de informações sobre o cuidado do paciente entre as mudanças de plantão ou de turno. Em F7, 47,46% concordaram que frequentemente ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades (Figura 16). A maior representatividade da positividade da dimensão foi demonstrada nas respostas de F11 (48,59% e 14,69%) totalizando 63,28% (Figura 16), ao discordarem que as mudanças de plantão ou turno são problemáticas para os pacientes.

**Tabela 10** - Respostas para à dimensão – Passagem de plantão/turno e transferências internas (F3, F5, F7, F11)

Questões/Afirmações	Discordo	Discordo totalmente	Concordo	Concordo totalmente	Indiferente
<b>F3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.</b>	31,64%	3,91%	45,76%	9,60%	9,04%
<b>F5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.</b>	41,24%	5,65%	37,29%	9,60%	6,21%
<b>F7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.</b>	29,38%	2,82%	41,81%	5,65%	20,34%
<b>F11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.</b>	48,59%	14,69%	18,08%	2,26%	16,38%

P = 0,000 (ajustado para empate) Teste de *Friedman*



**Figura 16** - Gráfico que apresenta os resultados referente à qualidade de informação na passagem de plantão/turno e transferências

### **4.2.3 Medidas de resultado**

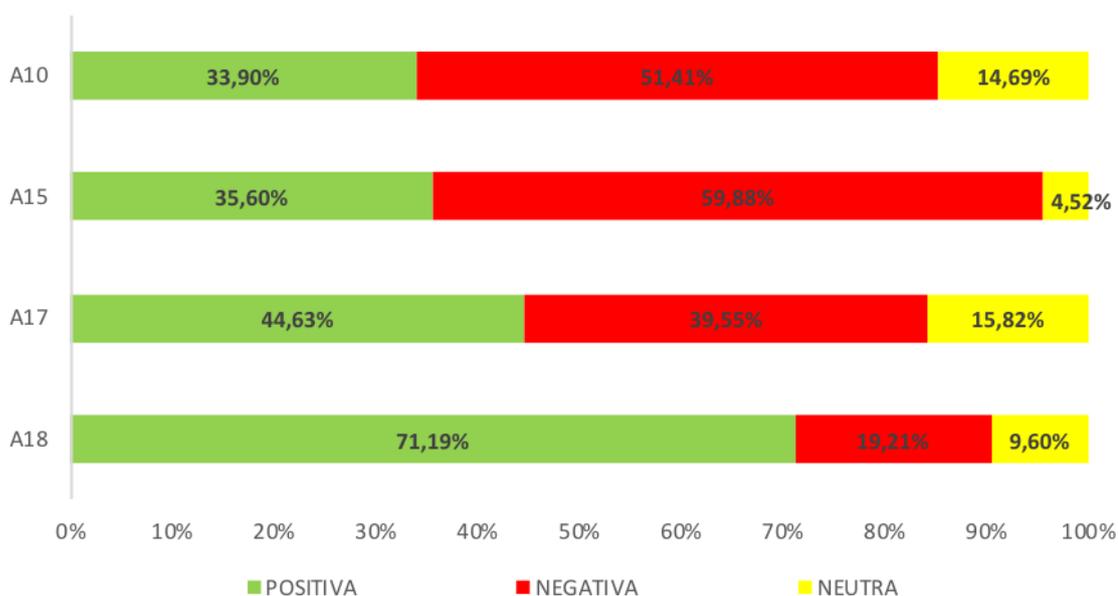
#### **4.2.3.1 Percepção geral da segurança do paciente (A10, A15, A17, A18)**

Avaliou-se os sistemas e procedimentos da organização de saúde com o intuito de mitigar eventos e a ausência de problemas de segurança do paciente. A Figura 17 demonstra dois itens com predominância de negatividade e dois itens de predominância positiva. As respostas de A10 (43,50% e 7,91% - Tabela 11) demonstraram 51,41% de negatividade (Figura 17) ao concordarem que é apenas por acaso que erros, enganos e falhas não aconteçam nas unidades. Houve a maior representatividade da negatividade da dimensão nas respostas de A15 (59,88% - Figura 17) ao discordarem que a segurança do paciente jamais é comprometida pela maior quantidade de trabalho. Em A17, 44,63% (Figura 17) representou a predominância da positividade das respostas, ao discordarem que nas unidades não há problemas de segurança do paciente. As repostas de A18 representaram a maior positividade da dimensão (71,19% - Figura 17), 64,41 % concordaram que os procedimentos são adequados para prevenção de erros e 6,78% concordaram totalmente com esta afirmação (Tabela 11).

**Tabela 11** - Respostas para à dimensão - Percepção geral da segurança do paciente (A10, A15, A17, A18)

Questões/Afirmações	Discordo	Discordo totalmente	Concordo	Concordo totalmente	Indiferente
A10 - É apenas por acaso que erros, enganos ou falhas não acontecem por aqui.	25,42%	8,47%	43,50%	7,91%	14,69%
A15 - A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	44,63%	15,25%	29,94%	5,65%	4,52%
A17 - Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	38,98%	5,65%	32,77%	6,78%	15,82%
A18 - Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	15,82%	3,39%	64,41%	6,78%	9,6%

P = 0,000 (ajustado para empate) Teste de *Friedman*



**Figura 17** - Gráfico que apresenta os resultados referente à percepção geral da segurança do paciente

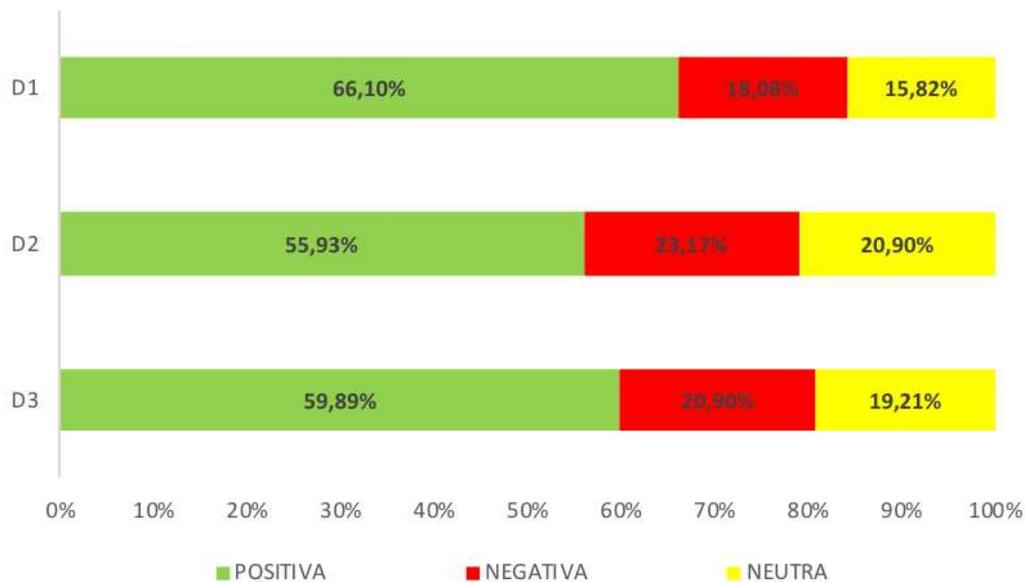
#### 4.2.3.2 Frequência de eventos relatados (3 itens: D1, D2, D3).

Analisou-se relatos de eventos notificados, erros identificados e corrigidos antes de atingir o paciente e possibilidades de problemas relacionados à segurança do paciente. A Figura 18 demonstra a predominância da positividade na dimensão. Em D1, 66,10% referiram que sempre (41,24% - Tabela 12) ou quase sempre (24,86% - Tabela 12) são relatados erros, enganos e falhas corrigidos antes de afetar o paciente. As respostas de D2 representaram 55,93% (Figura 18) da positividade da questão ao responderem que quase sempre (16,38% - Tabela 12) ou sempre (39,55% - Tabela 12) são relatados erros, enganos e falhas que ocorreram, mas não ocasionaram risco de dano ao paciente. Em D3, 59,89% (Figura 18) representou a positividade das respostas da questão ao afirmarem que quase sempre (15,82% - Tabela 12) ou sempre (44,07% - Tabela 12) são relatados erros, enganos e falhas que poderiam ter ocasionado danos ao paciente.

**Tabela 12** - Respostas para à dimensão - Frequência de eventos relatados (D1, D2, D3)

Questões/Afirmações	Nunca	Raramente	Sempre	Quase Sempre	Às vezes
D1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é relatado?	5,08%	12,99%	41,24%	24,86%	15,82%
D2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?	5,65%	17,51%	39,55%	16,38%	20,90%
D3. Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?	4,52%	16,38%	44,07%	15,82%	19,21%

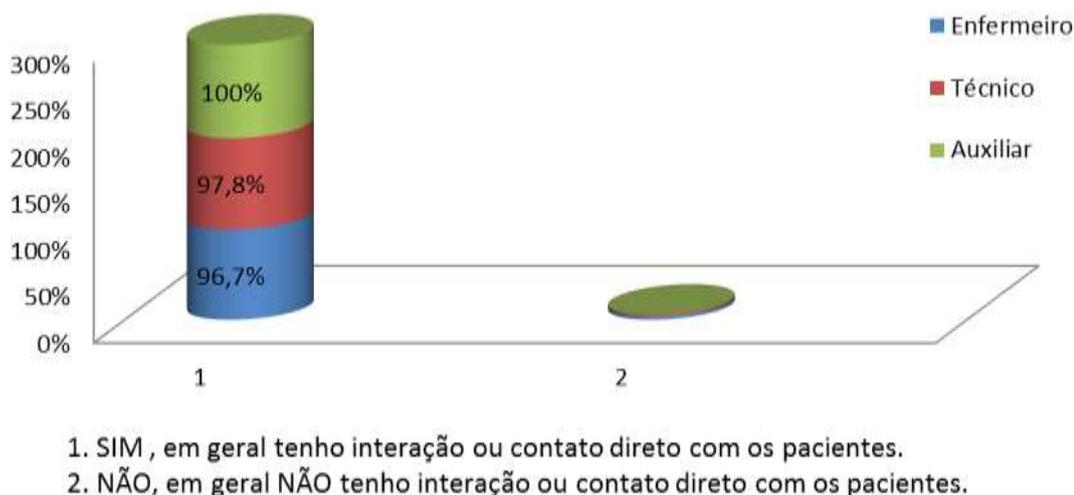
P = 0,078 (ajustado para empate) Teste de *Friedman*



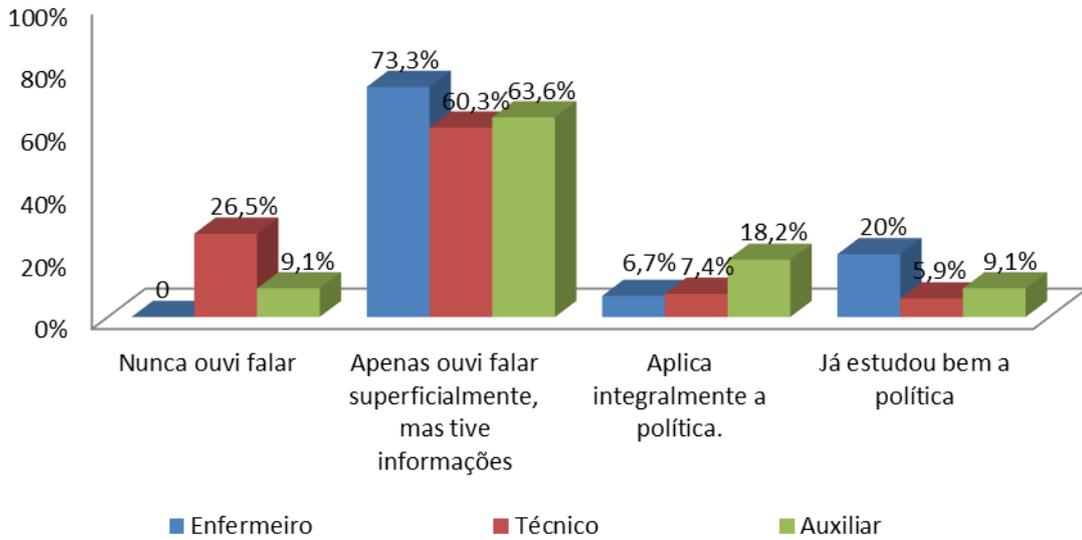
**Figura 18** - Gráfico que apresenta os resultados referente à frequência de eventos relatados

### 4.3 Percepção geral sobre a Segurança do Paciente

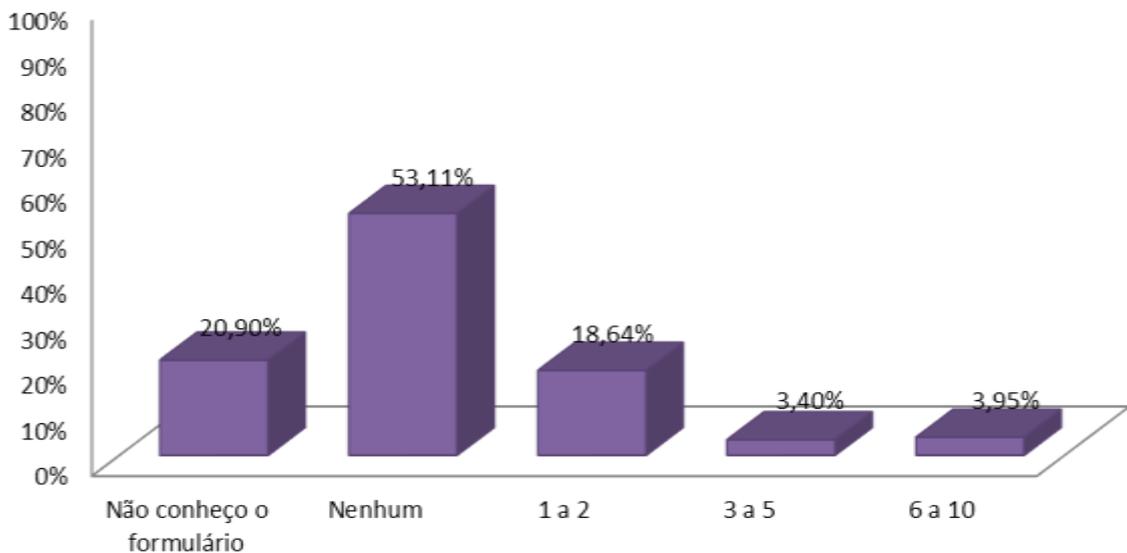
A Figura 19, demonstrou que a maioria dos profissionais entrevistados tinham contato direto com o paciente. A maior representatividade referente ao conhecimento sobre a segurança do paciente foi representado pela opção de que ouviram falar superficialmente, mas tiveram a informação (Figura 21). A Figura 22 demonstrou que 53,11% dos respondentes não preencheram ou apresentaram relatórios de eventos nos últimos 12 meses. Na Figura 23, 63,28% dos respondentes classificaram a nota das suas unidades/áreas como muito boa.



**Figura 19** - Gráfico que apresenta os resultados referente a questão: no seu o cargo/função, em geral tem interação ou contato direto com os pacientes?



**Figura 20** - Gráfico que apresenta resultados referente ao conhecimento dos profissionais sobre a cultura de segurança do paciente



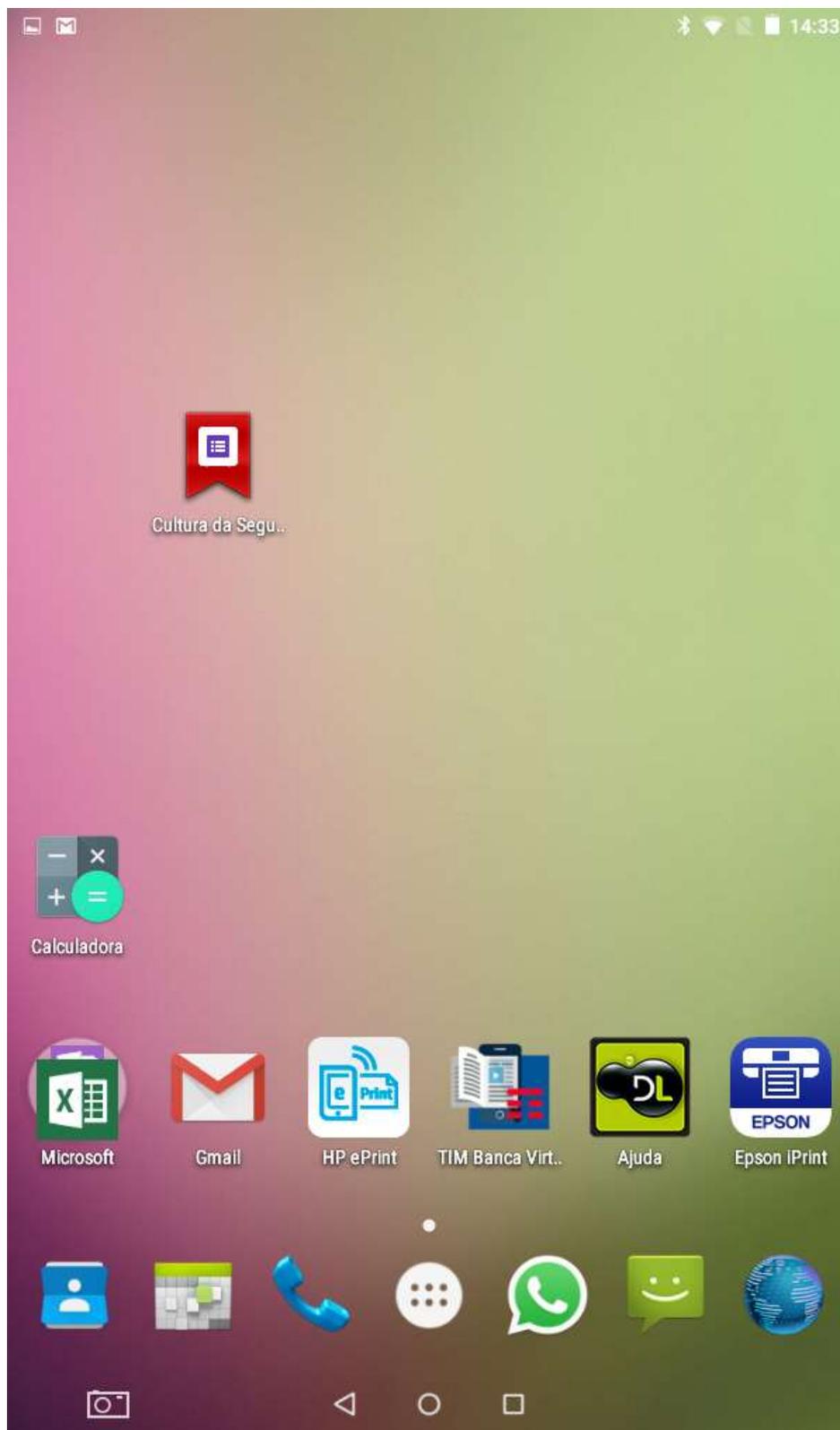
**Figura 21** - Gráfico que apresenta os resultados referente à questão: nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos preencheu e apresentou?



**Figura 22** - Gráfico que apresenta os resultados referente à nota da segurança do paciente na área/ unidade de trabalho no hospital

## 5 PRODUTO

Ferramenta digital para apoio na coleta de informações em segurança do paciente.  
HSOPSC (digital)



grameador pn... Cultura da Seg... 14:34

https://docs.google.com/form: ☆ 🔍



**MESTRADO PROFISSIONAL EM  
CIÊNCIAS APLICADAS A SAÚDE**  
UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ

## Cultura da Segurança do Paciente

**Instruções**  
Esta pesquisa solicita suas opiniões sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e relato de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida.  
Um "evento" é definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.  
Segurança do paciente é definida como evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados.

**A 1 Qual é sua principal área ou unidade neste hospital?**

- a. Diversas unidades do hospital / Nenhuma unidade específica
- b. Medicina (não cirúrgica)
- c. Cirurgia
- d. Obstetrícia
- e. Pediatria
- f. Emergência
- g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)
- h. Psiquiatria/saúde mental
- i. Reabilitação
- j. Farmácia
- k. Laboratório

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfUm8JyeLRcoAg9d32RpbLd\\_DDU0FeHC14Rh2pQKk5vXzEsSw/closedform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfUm8JyeLRcoAg9d32RpbLd_DDU0FeHC14Rh2pQKk5vXzEsSw/closedform)

[Editar este formulário](#)

# Cultura da Segurança do Paciente

## Instruções

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

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

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

## A 1 Qual é sua principal área ou unidade neste hospital?

- a. Diversas unidades do hospital / Nenhuma unidade específica
- b. Medicina (não cirúrgica)
- c. Cirurgia
- d. Obstetrícia
- e. Pediatria
- f. Emergência
- g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)
- h. Psiquiatria/saúde mental
- i. Reabilitação
- j. Farmácia
- k. Laboratório
- l. Radiologia
- m. Anestesiologia
- Outro:

## A 2 Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho.

- Discordo totalmente

- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**A3.1 Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras**

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**A3.2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho.**

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**A3.3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente**

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**A3.4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito**

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**A3.5. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.**

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**A3.6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente**

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**A3.7. Utilizamos mais profissionais temporário/terceirizado do que seria desejável para o cuidado do paciente.**

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**A3.8. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) consideram que suas falhas podem ser usadas contra eles**

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**A3.9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui**

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**A3.10. Erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui apenas por acaso**

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**A3.11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam**

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo

- Concordo totalmente

**A3.12. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema**

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**A3.13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.**

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**A3.14. Nós trabalhamos em "situação de crise" tentando fazer muito e muito rápido**

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**A3.15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída**

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**A3.16. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais**

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**A3.17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente**

- Discordo totalmente

- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**A3.18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros**

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**SEÇÃO B O Seu Supervisor/Chefe** Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente. **B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente**

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para melhoria da segurança do paciente**

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**B3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/Chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas".**

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**B4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.**

- Discordo totalmente

- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo totalmente

**SEÇÃO C Comunicação com que Frequência as Situações abaixo ocorrem Na sua área/unidade de trabalho? C1. Somos informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos**

- Nunca
- Raramente
- Às Vezes
- Quase Sempre
- Sempre

**C2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente**

- Nunca
- Raramente
- Às Vezes
- Quase Sempre
- Sempre

**C3. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade**

- Nunca
- Raramente
- Às Vezes
- Quase Sempre
- Sempre

**C5. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente**

- Nunca
- Raramente
- Às Vezes
- Quase Sempre
- Sempre

**C6. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.**

- Nunca
- Raramente
- Às Vezes
- Quase Sempre

- Sempre

**SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem as falhas a seguir, com que frequência elas são relatadas?D1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?**

- Nunca
- Raramente
- Às Vezes
- Quase Sempre
- Sempre

**D2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?**

- Nunca
- Raramente
- Às Vezes
- Quase Sempre
- Sempre

**D3. Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?**

- Nunca
- Raramente
- Às Vezes
- Quase Sempre
- Sempre

**SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.**

- Excelente
- Muito boa
- Regular
- Ruim
- Muito Ruim

**SEÇÃO F: O seu hospital Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital. Pense em seu hospital...F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente?**

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo Totalmente

**F2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si**

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo Totalmente

**F3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra**

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo Totalmente

**F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto**

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo Totalmente

**F5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno**

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo Totalmente

**F6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital**

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo Totalmente

**F7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital**

- Discordo Totalmente
- Discordo

- Indiferente
- Concordo
- Concordo Totalmente

**F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade**

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo Totalmente

**F9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso**

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo Totalmente

**F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes**

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo Totalmente

**F11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes**

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Indiferente
- Concordo
- Concordo Totalmente

**SEÇÃO G Número de eventos relatados Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você preencheu e apresentou?**

- a. Nenhum Relatório
- b. 1 a 2 Relatórios
- c. 3 a 5 relatórios
- d. 6 a 10 relatórios
- e. 11 a 15 relatórios

- f. 16 a 20 relatórios
- g. 21 relatórios ou mais
- h. Não conheço esse formulário

**SEÇÃO H: INFORMAÇÕES GERAIS** As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa. H1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

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

**H2. Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?**

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

**H3. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?**

- a. Menos que 20 horas por semana
- b. 21 a 39 horas por semana
- c. 40 a 59 horas por semana
- d. 60 a 79 horas por semana
- e. 80 a 99 horas por semana
- f. 100 horas por semana ou mais

**H4. Qual é o seu cargo/função neste hospital?**

- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem
- Médico do Corpo Clínico/ Médico Assistente
- Médico Residente/Médico em Treinamento
- Farmacêutico
- Nutricionista
- Assistente social
- Odontólogo
- Psicólogo
- Fisioterapeuta / Terapeuta Respiratório
- Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo

- Técnico (por ex., ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)
- Administração/Direção
- Auxiliar Administrativo/Secretário
- Outro:

**H5. No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes?**

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

**H6. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual?**

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- 16 a 20 anos
- 21 anos ou mais

**H7. Vc conhece a Política Nacional de Segurança do Paciente**

- Apenas ouvir falar superficialmente, mas tive informações
- Nunca ouvi falar
- Já estudou bem a política
- Aplica integralmente a política

**SEUS COMENTÁRIOS** Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital. **OBRIGADO POR PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO E FAZER PARTE DESTA PESQUISA.**

Enviar

*Nunca envie senhas pelo Formulários Google.*

Powered by

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.  
[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo utilizar a ferramenta digital para apoio na coleta de dados, com o intuito de estabelecer um diagnóstico das principais lacunas no conhecimento dos profissionais da enfermagem, das áreas fechada e abertas do HCSL, sobre a cultura de segurança do paciente.

O método utilizado foi transversal tipo *survey* para obtenção de opiniões de um grupo, representantes de uma população, por meio de um questionário com questões fechadas (FREITAS *et al.*, 2000). Utilizou-se ferramenta pré-definida e validada para realização de análises quantitativas. Estudo prospectivo pela aplicabilidade da ferramenta em período de tempo determinado e atual, com finalidade de obter um recorte momentâneo do que se pretendeu pesquisar para planejamento das ações, considerando o contexto atual.

A ferramenta utilizada para desenvolvimento deste estudo foi tema de dissertação, para o título de Doutorado, da autora Claudia Tartaglia Reis, no ano de 2013 pela Escola Nacional de Saúde Pública e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Trata-se de uma adaptação transcultural para língua portuguesa do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), instrumento de avaliação das características da cultura de segurança do paciente em instituições de saúde. A autora relatou que vários estudos demonstraram diversas ferramentas para a mesma finalidade, no entanto estudos mais recentes realizados por Etchegary & Thomas em 2012, por meio da análise de confiabilidade e validade preditiva das ferramentas concluíram que duas ferramentas, incluindo o HSOPSC, alcançaram melhores resultados nesses quesitos. A escolha da autora pelo HSOPSC ocorreu devido à amplitude do instrumento e a ampla utilização em países em diferentes níveis de desenvolvimento.

O HSOPSC foi desenvolvido e disponibilizado em 2004 por uma agência americana, *Agency Healthcare Research and Quality* (AHRQ) que tem como objetivo melhorar a qualidade, o acesso a serviços e a efetividade dos cuidados de saúde. Para a elaboração desta ferramenta os autores realizaram uma revisão literária dos temas segurança, acidentes, erros médicos, relatos de erros, clima e cultura de segurança, clima e cultura organizacional. Realizaram análises de diversos questionários anteriormente publicados e não publicados para a mensuração da cultura de segurança além de entrevistas com equipes hospitalares (REIS *et al.*, 2012).

É um questionário utilizado por diversos países do mundo, com o objetivo de mensurar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente, abordando a opinião dos respondentes sobre pontos chave relacionados como valores, crenças, normas organizacionais, relato de eventos adverso, comunicação, liderança e gestão. Permite

mensurar a percepção dos colaboradores que possuem contato direto/indireto com os pacientes e que dedicam parte das suas horas de trabalho no hospital. Oferece oportunidades como: acompanhar a efetividade de ações implantadas e implementadas para garantir a segurança do paciente ao longo do tempo, possibilitar *benchmarking* externo sobre os diferentes níveis de entendimento da cultura de segurança, priorizar os esforços para o fortalecimento da cultura e identificar suas fragilidades (REIS *et al.*, 2016; REIS *et al.*, 2012).

A ferramenta aborda doze dimensões da cultura de segurança e avalia o grau de concordância dos profissionais sobre o tema, distribuídas da seguinte forma: sete dimensões relacionadas à unidade de trabalho, três relacionadas à instituição e duas relacionadas à variáveis de resultado (REIS *et al.*, 2016; REIS *et al.*, 2012).

A avaliação das dimensões descritas por Reis (2013) proporciona a análise de influências na cultura de segurança institucional e proporciona aos gestores o conhecimento sobre o nível desta e as principais fragilidades para atuação e fortalecimento.

A seguir são descritas as doze dimensões (REIS *et al.*, 2012):

- Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes – avalia se os supervisores e gerentes valorizam e reconhecem as sugestões e a participação dos colaboradores para procedimentos de melhoria da segurança do paciente.
- Aprendizado organizacional e melhoria contínua – avalia o aproveitamento do erro como momento de aprendizado gerando oportunidade de mudanças e efetividade destas.
- Trabalho em equipe dentro da unidade – define se há apoio entre os funcionários, se trabalham como equipe e com respeito entre eles.
- Abertura da comunicação – avalia a liberdade de comunicação entre os colaboradores sobre erros que possam afetar o paciente e o questionamento aos profissionais com maior autoridade.
- Retorno da informação e comunicação sobre erros – avalia a ocorrência de notificação de eventos, medidas implementadas, estratégia e mudanças discutidas para evitar erros no futuro.
- Respostas não punitiva aos erros – avalia o sentimento dos colaboradores quanto aos erros cometidos por eles, que a notificação seja utilizada contra eles e registrada em seus prontuários.
- Adequação de pessoal – avalia se os colaboradores conseguem lidar com a carga de trabalho e se são adequadas para oferecer um atendimento adequado aos pacientes.

- Apoio à gestão hospitalar para a segurança do paciente – avalia se a administração e gestão do hospital proporcionam um clima de trabalho que promova e demonstre que a segurança do paciente é prioritária.
- Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares – avalia a cooperação e coordenação entre as unidades para prover a qualidade do cuidado aos pacientes.
- Passagem de plantão e transferências internas - avalia a qualidade de informações sobre os cuidados aos pacientes no processo de transferência entre unidades e na passagem de plantão.
- Percepção geral da segurança - avalia os sistemas e procedimentos da organização de saúde com o intuito de mitigar eventos e a ausência de problemas de segurança do paciente nas instituições de saúde.
- Frequência da notificação de segurança – analisam relatos de eventos notificados, erros identificados e corrigidos antes de atingir o paciente e possibilidades de problemas relacionados à segurança do paciente.

O presente estudo transcreveu na íntegra a ferramenta HSOPSC, na versão traduzida, para a plataforma do *Google Drive*, sob a autorização da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* conforme ANEXO 3, com o intuito de favorecer a privacidade do respondente, agilizar o processo de resposta ou evitar erros na transcrição das mesmas, quando coletadas em formatos impressos. Segundo Andrade (2015) e Santos (2014), a computação da nuvem (*cloud computation*) é uma forte tendência, uma vez que são de uso geral e podem proporcionar importante economia para usuários finais e organizações. Santos (2014) afirma que tecnologias digitais favorecem um aprendizado coletivo, dinâmico e participativo gerando a oportunidade de uma construção colaborativa de conhecimentos. Permitem o desenvolvimento cognitivo, pensamento crítico, dinamismo e autonomia desenvolvendo a inteligência coletiva responsável pela construção de uma rede de inteligência global.

Por se tratar de um formulário *online*, as respostas registradas e enviadas foram imediatamente encaminhadas a uma planilha de dados disponibilizada pela própria ferramenta do *Google Drive*. Finalizado o período da coleta, a planilha foi submetida à análise de um estatístico que utilizou como método o programa *Excel*, aplicativo do *Microsoft Office* que fornece um conjunto de ferramentas estatísticas para análise de dados, conforme sugerido como método de análise das repostas pela *AHRQ*

Para análise descritiva da avaliação da cultura de segurança do paciente, foram calculados os percentuais de resposta positivas, negativas e neutras dos itens componentes das dimensões do HSOPSC. Conforme a própria orientação da ferramenta, para as questões

elaboradas de forma positiva as respostas consideradas foram concordo, concordo totalmente ou quase sempre e sempre. Para as sentenças formuladas de forma negativa considerou-se positivo os itens discordo, discordo totalmente ou nunca e raramente. As respostas neutras foram consideradas para os itens nem discordo, nem concordo ou às vezes para qualquer questão (SANTOS, 2014).

Por meio do percentual de respostas positivas considerou-se uma reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente, além de possibilitar a identificação dos componentes fortes e frágeis. O presente estudo obteve respostas individuais para cada questão transcrita no *Google Drive*, tabuladas individualmente quanto ao fortalecimento ou fragilidade e serão discutidas dentro das doze dimensões estabelecidas pela ferramenta na presente discussão.

### **6.1 Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes**

A gestão dos serviços de saúde tem se destacado como importante instrumento de operacionalização na construção de modelos de atenção em saúde. O desenvolvimento de programas de qualidade reforça a necessidade do envolvimento de todos que participam do processo de gerenciamento na constante busca de melhorias de resultados (PAIVA, 2010).

A ciência da administração busca constantemente o conhecimento de novas teorias e métodos de orientação à gestão para atender a necessidade das organizações. A administração nos serviços de saúde sofreram fortes influências dos modelos Taylorismo e Fordismo caracterizados por produtividade, divisão do trabalho, centralização, hierarquia, padronização das atividades e pouca preocupação com as relações interpessoais (PAIVA, 2010).

A Teoria da Qualidade Total surgiu no Japão e trouxe como ponto principal a melhoria contínua dos processos com a colaboração e participação das pessoas, considerando que quem executa o trabalho é o que mais o conhece, portanto são as mais capacitadas para propor melhorias de desempenho (PAIVA, 2010).

Na saúde, a política da qualidade e a segurança do paciente busca integrar, gestores, colaboradores, fornecedores e usuários na organização para a busca de melhorias por meio da análise constante dos processos e criação de barreiras para mitigar eventos que causem danos aos pacientes. Utiliza um sistema dinâmico e cooperativo que favoreça a criatividade e o relacionamento construtivo que permita o fortalecimento da equipe, a autonomia e a responsabilidade profissional.

O planejamento de Enfermagem, por meio de ferramentas específicas, propicia a organização do trabalho de equipe favorecendo a divisão de tarefas conforme a complexidade e grau de dependência do paciente. Permite a integralidade do cuidado, a qualificação da assistência considerando principalmente a saúde do trabalhador. Compete exclusivamente ao enfermeiro o planejamento, a organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem, bem com a participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais (BRASIL, 1986).

Nos processos de qualidade o enfermeiro tem papel fundamental no planejamento interdisciplinar do cuidado e exerce a liderança com caráter educativo, assistencial, administrativo e político, engajado no compartilhamento de informações dos resultados, visando à melhoria da qualidade do serviço (PAIVA, 2010).

A criatividade e o relacionamento construtivo são mantidos por meio de uma comunicação eficaz. As ações sugeridas e implantadas precisam ser acompanhadas, medidas e os resultados precisam ser compartilhados para que as equipes consigam analisá-los e estabelecer novas sugestões e oportunidades.

O presente estudo, quanto a esta dimensão, apresentou relevância estatística diante da divergência de opiniões nas respostas, no entanto as quatro questões evidenciaram fortalecimento da atuação dos supervisores e gerentes. O *feedback* sobre o empenho e envolvimento dos profissionais pela liderança, demonstrou a necessidade de maior atenção.

## **6.2 Aprendizado organizacional – melhoria contínua**

Segundo Neves (2011), a aprendizagem organizacional está relacionada ao conhecimento e aprendizado dispendido aos profissionais, aos processos e modelos gerenciais. Deve voltar-se para a promoção da capacitação, políticas que estimulem a qualificação profissional, socialização, criação e recriação de conhecimentos.

O conhecimento é o bem mais valioso da organização, importante fator estratégico e essencial à sobrevivência da instituição. Fortalecer o conhecimento dos profissionais e da instituição, associá-los às políticas e práticas aplicadas com coerência, proporcionam o desenvolvimento da criatividade e inovação dentro da organização (NEVES, 2011).

Os eventos adversos são importante fonte de informação, conhecimento e aprendizado sobre o diagnóstico dos riscos institucionais. Instituições focadas na excelência dos serviços prestados buscam continuamente melhorias dos processos e a redução de falhas. Os eventos geralmente apontam falhas de processos, por isso precisam ser considerados como

importante ferramenta para análise e implementação de melhorias assistenciais, que por sua vez necessitam de acompanhamento para análise da efetividade (BORGES, 2012).

A análise desta dimensão incluiu três questões, o presente estudo retratou maturidade institucional quanto à implantação de ações de melhorias para a segurança do paciente, possibilidade de fortalecimento com a utilização dos erros como aprendizado e construção de novas barreiras e na avaliação da efetividade destas ações. A relevância estatística da dimensão demonstrou respostas não similares, o que determinou divergência de opiniões entre os respondentes.

### **6.3 Trabalho em equipe no âmbito das unidades**

Assistir ao paciente representa a atuação de diversos personagens em suas respectivas áreas de atuação e especificidade, no entanto precisam manter uma comunicação horizontal para o planejamento do cuidado individualizado (SAUPE *et al.*, 2005). O serviço de saúde ainda utiliza uma assistência fragmentada, onde várias ações são definidas sem que haja relação entre elas.

Nos processos de trabalho em enfermagem existe a fragmentação das funções conforme a categoria profissional (auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros), executando ações distintas pertinentes à competência profissional. Para que o processo do cuidado aconteça é necessário a integração dessas ações, assim como com as demais profissões interligadas à assistência (PEREIRA *et al.*, 2013).

Segundo Bergamin e Prado (2013) o trabalho é a forma de relacionamento entre os homens utilizado para a construção de uma história e transformá-la em parceria. Para a área da saúde esta construção está relacionada ao bem estar do paciente, por isso a aproximação entre todos os envolvidos nos processos assistenciais para discussão de propostas terapêuticas integradas é fundamental para um resultado satisfatório.

Nas respostas das quatro questões que compõem essa dimensão, o presente estudo observou que há respeito, trabalho em equipe e envolvimento dos profissionais que atuam na mesma unidade. No entanto, o trabalho em equipe envolvendo setores diferentes é frágil e pode favorecer o comprometimento da segurança do paciente. A relevância estatística da dimensão demonstrou divergência de opiniões representado pelas respostas não similares das questões.

## **6.4 Abertura da comunicação**

A abertura da comunicação está diretamente relacionada ao modelo de gestão utilizado pelo serviço de saúde. A comunicação é fator chave no alinhamento de objetivos e condutas aproximando as pessoas à um objetivo comum (SANTOS *et al.*, 2011).

Modelos hierárquicos interferem negativamente nos processos de comunicação, novas teorias de gestão reforçam como competência do líder o desenvolvimento de habilidades de comunicação eficiente e o relacionamento interpessoal com a equipe para favorecer a melhoria dos processos assistenciais (HEY *et al.*, 2013).

Na análise das duas questões que formam esta dimensão, o presente estudo demonstrou fortalecimento quanto a liberdade que o colaborador sente em comunicar situações que possam afetar negativamente o cuidado. No entanto, o questionamento ao superior quando algo parece não estar certo, necessita de atenção e há importante possibilidade de melhoria diante da quantidade significativa de respostas neutras que poderão ser trabalhadas promovendo seu fortalecimento. Desta maneira, a relevância estatística demonstrou que as respostas não foram similares, o que determinou divergência de opiniões.

## **6.5 Retorno das informações e comunicação sobre o erro**

Segundo Santos *et al.*, (2011), a comunicação efetiva e centrada no diálogo, favorece o interrelacionamento entre líderes e equipe, gera impacto positivo na qualidade assistencial, propicia o compartilhamento de experiências, gera novos conhecimentos para o desenvolvimento de novas habilidades e proposições de ações de melhorias compartilhadas.

Identificar, analisar e propor barreiras para os eventos adversos está entre as principais linhas norteadoras para manutenção da segurança do paciente. A notificação proporciona o diagnóstico dos maiores riscos e fragilidades no processo de cuidado para a busca da melhoria contínua. Representa a maturidade e o envolvimento dos profissionais em participar, sem o medo de ações punitivas.

A análise dos eventos é um momento de aprendizado ímpar onde a equipe trabalha com o intuito de estabelecer barreiras de melhorias. A transparência das informações e a clareza na comunicação permite que os envolvidos nos processos acompanhem o desempenho de suas atividades na melhoria da qualidade assistencial.

Esta é uma dimensão complexa uma vez que exige a maturidade institucional na mudança da cultura punitiva perante os erros nos processos assistenciais, mas o desconhecimento deste contexto fragiliza a segurança do paciente pelo desconhecimento dos fatos ocorridos.

O presente estudo demonstrou que as três questões envolvidas nessa dimensão necessitam de atenção devido à proximidade do limite da fragilidade, principalmente quanto a comunicação de mudanças implementadas que ocorreram à partir de notificações de eventos e a comunicação aos colaboradores sobre eventos que aconteceram na unidade. A discussão sobre métodos para prevenção de erros para evitar novos eventos, tem importante possibilidade em tornar-se fortalecida devido à quantidade de respostas neutras que podem ser trabalhadas para mudança das opiniões representadas por meio na análise dos dados coletados. Desta maneira, a relevância estatística demonstrou que as respostas não foram similares, o que determinou divergência de opiniões.

## **6.6 Respostas não punitiva aos erros**

Conforme a RDC nº36 (2013) a cultura de segurança do paciente reflete valores, atitudes, competências, comportamentos e comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpabilidade e a punição pelo processo de aprendizado e planejamento de melhorias por meio das análises de eventos notificados (BRASIL, 2013d).

O processo do aprendizado do adulto está relacionado ao significado que as informações alcançam o dia a dia, associado às suas experiências positivas ou negativas. À partir disso constrói novos aprendizados e desenvolve novas competências. Para isso, é necessário um ambiente favorável que promova confiança, respeito, aprendizado cooperativo, que estimule a reflexão de situações reais (DRAGANOV *et al.*, 2013).

Tornar o ambiente favorável está atrelado ao modelo gerencial adotado, a cultura institucional deve permitir ao colaborador a participação ativa nos processos, permitindo o comportamento de aprendizagem contínuo e responsabilidade na inter-relação com o serviço e com a cultura implantada (SOUZA *et al.*, 2015).

Para que a cultura de segurança do paciente aconteça é imprescindível a transparência, confiança mútua, responsabilidade e um ambiente que favoreça a notificação sem receios de repercussões negativas (KOHN *et al.*, 2000). O modelo de gestão precisa contemplar o fato que “errar é humano” e para isso os processos precisam estabelecer barreiras e aprendizados para minimizar ao máximo a ocorrência de falhas.

A análise desta dimensão pelo presente estudo demonstrou fragilidade nas três questões que a compõe. Os dados refletiram que os colaboradores acreditam que suas falhas e erros recaem sobre as pessoas e não sobre problemas, que podem ser usados contra eles e receiam que essas informações sejam incluídas em suas fichas funcionais.

Esses resultados refletiram o receio da notificação, com isso a instituição encontrará dificuldade na identificação dos riscos nos processos, perderá a oportunidade do aprendizado por meio das falhas e o estabelecimento de barreias que previnam novos erros ou falhas. A irrelevância estatística determinou fragilidade no serviço, visto que a similaridade de respostas demonstrou a insegurança dos profissionais diante de ações punitivas aos erros.

## **6.7 Adequações Profissionais**

O dimensionamento de enfermagem é um importante passo para alcançar a qualidade assistencial e a segurança do paciente. Há algum tempo estabelecia-se a divisão do grupo de enfermagem conforme a quantidade de pacientes na unidade. Estudos demonstraram que essa metodologia não favorecia um ambiente de aprendizado que possibilitasse o desenvolvimento de novas competências, além da sobrecarga da equipe favorecendo o absenteísmo por desgastes físicos e emocionais, dos colaboradores (MONTEZELI; PERES, 2012; BAMPI *et al.*, 2017). Estes estudos trouxeram a informação de que o cuidado precisa ser individualizado, para isso é fundamental estabelecer as necessidades do paciente para divisão dos profissionais, associado ao tempo disponível da equipe para a prestação da assistência, com o intuito de atender direta ou indiretamente as necessidades dos pacientes, sem sobrecarga de trabalho (FERREIRA *et al.*, 2014).

O dimensionamento é um processo sistemático, competência do enfermeiro que precisa manter-se atualizado quanto ao conhecimento das ferramentas que possam auxiliá-lo nessa gestão, atendendo às necessidades dos pacientes, mantendo um ambiente de trabalho seguro e demonstrando à instituição resultados favoráveis da boa prestação do cuidado.

Esta dimensão é composta por quatro questões, o presente estudo demonstrou fragilidade em duas questões e necessidade de atenção nas demais. A fragilidade está relacionada à quantidade de profissionais que confirmaram trabalhar em “situação de crise” e relataram a falta de profissionais para carga de trabalho exigida. A fragilidade refere-se ao dado de que os colaboradores afirmaram trabalhar mais horas do que seria melhor para o cuidado do paciente e sobre a utilização de terceiros além do desejável, para o cuidado. Desta maneira, a relevância estatística demonstrou que as respostas não foram similares, o que determinou divergência de opiniões.

## **6.8 Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente**

Mais do que uma cultura, a segurança do paciente é uma estratégia de gestão que precisa estar inserida no planejamento estratégico organizacional. Estudo realizado na Espanha por meio da análise de 245.320 atendimentos em uma rede hospitalar demonstrou que 16.782 (6,8%) pacientes sofreram um ou mais eventos adversos relacionados à assistência, 68,7% dos pacientes retornaram ao serviço de emergência e geraram um custo de utilização de recursos de 12.662 euros. Desta forma os eventos adversos representaram um custo médio entre 5.260 e 11.905 ou seja, 16,2% do custo total da saúde. O índice de mortalidade para os pacientes expostos aos eventos adversos foi de 14,3% (ALLUÉ *et al.*, 2014).

O entendimento sobre a importância dessa temática pelos administradores pode gerar impactos importantes no serviço. Não significa que participarão em todos os momentos de implantações e análise de processos, mas precisam ter metas estabelecidas, alinhadas à missão institucional com foco principalmente na qualidade e segurança do paciente. Este tema tem que pertencer à pauta de discussões em reuniões administrativas juntamente com representantes das áreas assistenciais e de apoio, os quais terão como tarefa o desenvolvimento de processos, fortalecimento da cultura e implantação de melhorias contínuas pactuadas com os diretores (PARAND *et al.*, 2014).

A implantação e a incorporação da cultura do paciente oferecem à instituição e aos pacientes ações mais seguras que garantam a satisfação do cliente e fortalece a qualidade do serviço. A administração precisa incorporar isso como meta, trabalhar o engajamento, comprometimento e envolvimento da equipe e acompanhar os resultados, sem a participação ativa da gestão nesse sentido, os pacientes continuarão susceptíveis aos riscos (PARAND *et al.*, 2013).

O presente estudo demonstrou fortalecimento na questão relacionada ao favorecimento, pela direção, de um clima de trabalho que promova a segurança do paciente. As questões que necessitam de atenção dizem respeito: entendimento dos profissionais que concordaram com o fato de que a instituição demonstra interesse pela segurança do paciente apenas mediante ocorrência de algum evento e a prioridade com que a instituição refere-se ao assunto. Desta maneira, a relevância estatística demonstrou que as respostas não foram similares, o que determinou divergência de opiniões.

## **6.9 Trabalho em equipe entre as unidades**

As instituições de saúde ainda apresentam grandes influências de um modelo verticalizado, fragmentado e frágil nas interações das etapas do cuidado (BACKES *et al.*,

2014). A crescente gama de recursos e as especificidades na área da saúde tendem a fortalecer esse conceito. Em contrapartida as necessidades dos pacientes com múltiplas patologias crônicas, associada a característica da população com tempo de sobrevivência maior, tem favorecido a articulação e integração dos diversos atores envolvidos no processo do cuidar (BERGAMIM e PRADO, 2013).

O trabalho em equipe favorece a valorização dos saberes e conhecimentos, o diálogo entre os envolvidos, trocas significativas de conceitos, métodos e práticas para o desenvolvimento de novos conhecimentos, potencializa processos interativos para construção de novas respostas conforme a necessidade de cada paciente (BACKES *et al.*, 2014).

O trabalho interdisciplinar é um valor insitucional que necessita ser trabalhado diariamente, exige dos gestores e colaboradores como foco de importância o paciente, precisa estar presente em todos os momentos de transferência de cuidado para que o planejamento terapêutico seja integrado e individualizado.

O presente estudo analisou as quatro questões que compoem essa dimensão, retratou fragilidade na cooperação entre as unidades que precisam trabalhar em conjunto e na inter-relação de profissionais que atuam em áreas diferentes. Retratou a necessidade de atenção quanto ao fato das unidades estarem coordenadas entre si e trabalharem em conjunto para oferecerem melhor cuidado ao paciente. Desta maneira, a relevância estatística demonstrou que as respostas não foram similares, o que determinou divergência de opiniões.

#### **6.10 Passagens de plantão/turno e transferências internas**

As instituições de saúde são considerados sistemas complexos devido a quantidade de atores envolvidos nos processos, o que torna a comunicação fragilizada e sujeita a falhas na transferência de informações.

A efetividade da comunicação precisa ser clara, objetiva, compreensível pelos envolvidos, capaz de favorecer o modo como se reacionam e compreendem as mensagens, como modificam a realidade onde estão inseridos direcionando-os para objetivo comum (SANTOS *et al.*, 2011; BUENO *et al.*, 2015).

A comunicação entre os profissionais da saúde é importante ferramenta para favorecer a continuidade da assistência e mitigar a ocorrência de erros (SILVA *et al.*, 2016). Os serviços podem utilizar métodos e ferramentas já existentes ou elaborar com a participação dos envolvidos, ferramenta institucional multidisciplinar capaz de favorecer o direcionamento dos profissionais e garantir uma comunicação eficaz para continuidade do tratamento do paciente. Essa comunicação tem que acontecer de forma verbal e descritiva para

acompanhamento das ações individualizadas para cada paciente e contemplar tanto a passagem de plantão quanto a transferência interna de cuidados.

Na análise das quatro questões envolvidas nesta dimensão, o presente estudo demonstrou fragilidade quanto ao comprometimento do cuidado na transferência do paciente entre as unidades, perda de informações sobre o cuidado durante as mudanças de plantão ou turnos e problemas na troca de informação entre as unidades. Retratou também a necessidade de atenção quanto aos problemas ocasionados aos pacientes durante a mudança de plantão ou turno. Desta maneira, a relevância estatística demonstrou que as respostas não foram similares, o que determinou divergência de opiniões.

### **6.11 Percepção geral da segurança do paciente**

A enfermagem é a classe mais representativa numa instituição e a que passa maior tempo ao lado do paciente. A complexidade, sobrecarga de trabalho, dificuldade no relacionamento da equipe multiprofissional, ausência de uma liderança participativa e atuante e o frágil dimensionamento tornam mais susceptível a baixa adesão na implantação de novas culturas, aumenta as possibilidades de falhas nos processos e consquentemente fragiliza a segurança do paciente (DUARTE *et al.*, 2015).

A implantação e incorporação da cultura de segurança do paciente requer o envolvimento e o comprometimento de todas as classes, categorias e hierarquias institucionais (FRANÇOLIN *et al.*, 2015). É fundamental estabelecer uma relação de confiança, transparência, além de métodos de comunicação claros e objetivos entre todos os setores e atores envolvidos para que caminhem ao objetivo comum da segurança do paciente.

O presente estudo analisou as quatro questões inseridas nessa dimensão e demonstrou fragilidade nos dados que retrataram que erros enganos e falhas não acontecem na unidade apenas por acaso, que a segurança do paciente é comprometida em função da maior quantidade de trabalho e que existem problemas de segurança do paciente nas unidades. Demonstrou também a necessidade de atenção para o fortalecimento dos procedimentos e sistemas para prevenção de erros. Desta maneira, a relevância estatística demonstrou que as respostas não foram similares, o que determinou divergência de opiniões.

### **6.12 Frequência de eventos relatados**

A cultura de segurança do paciente acredita na aprendizagem significativa e na elaboração de barreiras para a prevenção de novos eventos notificados. As ferramentas de

notificação ainda são as mais utilizadas para este fim devido a fácil aplicabilidade, por vezes são extremamente complexas e não focadas em informações fundamentais, notificadores dependentes, que precisam ter o entendimento ampliado sobre a política e a real importância das notificações. Auditorias de prontuários, análises de óbitos são outras ferramentas, fontes riquíssimas para o reconhecimento de eventos, mas sua aplicabilidade torna-se mais complexa.

Vale lembrar que a notificação que não é utilizada como aprendizado perde seu valor e torna-se apenas um registro inutilizado, portanto o número de notificações não está diretamente relacionada á maturidade da instituição uma vez que não mede o desempenho institucional na aplicabilidade de melhorias (MICRAE, 2016; MITCHELL *et al.*, 2016).

A instituição precisa fortalecer o entendimento e o aprendizado dos profissionais com a implantação de uma cultura sólida, não punitiva, que permita a liberdade de comunicação de fatos críticos que ocasionaram riscos ou danos aos pacientes e que tenha como resultado final a garantia na mudança da melhoria do cuidado (MICRAE, 2016; MITCHELL *et al.*, 2016).

O presente estudo demonstrou a necessidade de atenção nas três questões contidas nessa dimensão. Independente do fato de um evento ter ocasionado ou não dano ao paciente, a instituição necessita dessa notificação. É uma ferramenta que favorece à gestão no acompanhamento dos processos, identificação de riscos e planejamento de barreiras que diminuam a possibilidade de novos eventos. A não significância estatística diante desta dimensão demonstrou fator positivo na ação de relato de eventos, houve homogeneidade nas respostas, no entanto, a Figura 15, evidencia contradição nestas respostas.

Não há Gerenciamento de Risco Assistencial eficaz se as instituições não reconhecerem suas fragilidades com clareza, entendendo que em sua maioria, estas não têm como foco do problema a pessoa. Faz-se necessário o entendimento sobre a extensão dos problemas sistêmicos que envolvem os processos sobre os quais a instituição se apoia. Esta mudança de visão é fundamental para a implantação da cultura de segurança do paciente que tem como objetivo a oportunidade do aprendizado por meio da análise das fragilidades fortalecendo o comprometimento de todos no cuidado à saúde sem danos

Uma das formas de identificação das fragilidades é a comunicação por meio da elaboração de um método prático, acessível, transparente e ao mesmo tempo confidencial para favorecer a coleta de dados.

## 7 APLICABILIDADE

A segurança do paciente é uma política e uma estratégia de gestão, portanto precisa ter implantação sólida, participação e envolvimento de todos, ser amplamente trabalhada e divulgada pelos líderes e apoiada pelos administradores. Como ferramenta de gestão permite a análise dos processos e implantação de melhorias contínuas, considerando a maior prevalência de eventos notificados e diagnóstico dos riscos. Para o sucesso dessa estratégia é fundamental a transparência da informação, uma comunicação efetiva e clara, educação permanente, qualificação dos profissionais, desenvolvimento e implantação de protocolos e estabelecimentos de normas e padrões de cuidados.

Os atores dos processos precisam ter claro o papel que precisam desempenhar, sua importância para continuidade do cuidado, apoiado por liderança ativa, participativa e colaborativa que direcione e estimule a construção de novos saberes, aplicabilidade de uma cultura não punitiva que permita momentos de aprendizados contínuos através dos eventos notificados.

A transcrição da ferramenta HSOPC para o modelo digital, na plataforma do *Google Drive* favoreceu a transparência das informações registradas pelos colaboradores ao manter o sigilo da identidade. A importância dos dados por meio da análise da porcentagem, possibilitou a utilização de recursos oferecidos pelo próprio programa, como a planilha do *Excel*. A aquisição dos resultados de forma rápida e objetiva permitiu a análise e desenho real do diagnóstico institucional sobre o entendimento das diversas dimensões que influenciam a cultura de segurança do paciente.

O diagnóstico do presente estudo permitirá aos gestores o entendimento sobre fragilidades e fortalezas insitucionais, propocionando oportunidade em delinear estratégias, estruturar frentes de trabalho e estabelecer times multiprofissionais para manutenção da segurança do paciente, qualificação e sobrevivência institucional.

## **8 IMPACTO SOCIAL**

A plataforma digital favoreceu o processo de aquisição e levantamento dos dados deste estudo, sem a necessidade de transcrição das respostas para outras planilhas garantindo a efetividade das respostas. Proporcionou a individualidade dos profissionais, favoreceu a transparência da informação quanto a característica da cultura de segurança do paciente e possibilitou respostas sem a preocupação de ações punitivas. Além disso, possibilitará a retroalimentação das respostas para novas análises após a implementação de ações que proporcionem a transformação da cultura institucional, com o intuito de fortalecer barreiras que garantam a continuidade da segurança do paciente, garantindo à instituição a melhor utilização dos recursos para um número maior de pessoas.

## **9 CONCLUSÃO**

A ferramenta possibilitou a obtenção de dados que proporcionaram a análise do diagnóstico institucional sobre Cultura de Segurança do Paciente no Hospital das Clínicas Samuel Libânio.

## REFERÊNCIAS

- Allué N, Chiarello P, Delgado EB, Castells X, Giraldo P, Martínez N, Sarsanedas E, Cots F. Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. *Gac Sanit* [Online] 2014; 28(1):48-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.06.004>.
- Andrade APV, Dias GF, Ramos ASM, Neto MVdS. Adoção de Sistemas de Armazenamento de Dados na Nuvem: Um Estudo com Usuários Finais. *Rev Administr Inov*, São Paulo, 2015 out/dez; 12(4):04-25.
- Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT). NBR ISO 31000. Gestão de riscos - Princípios e diretrizes. Rio de Janeiro, 2009.
- Backes DS, Carpes AD, Piovesan C, Haeffner LSB, Buscher A, Lomba L. Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: da concepção ao desafio do fazer na prática. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde*, Santa Maria. 2014; 15(2): 277-89.
- Bampi R, Lorenzini , Krauzer IM, Ferraz L, Silva EFd, Agnol CMD. Perspectivas da Equipe de Enfermagem Sobre a Segurança do Paciente em Unidade de Emergência. *Rev Enferm UFPE [On line] Recife*. 2017; 11(2):584-90. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/158954>
- Bergamim MD, Prado C. Problematização do trabalho em equipe em enfermagem: relato de experiência. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2013 jan-fev; 66(1): 134-7.
- Borges RM, Camelo GR, Paladini EP, Souza RTM, Costa VT. A gestão por processos para a melhoria da qualidade dos serviços: o caso de um hospital. XXXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Bento Gonçalves, RS, 2012 out; 2012. p. 10.
- Borges RSG, Marques AL. Gestão da Mudança: Uma Alternativa para Avaliação do Impacto da Mudança Organizacional. *R. Adm. FACES Jornal*. [Online] Belo Horizonte, 2011 mar; 10(1):95-113. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1940/194019752006.pdf>
- Brasil. Lei nº 7.498 de 25 junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e da outras providências. [Online] 1986. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm)
- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Online] 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília/ DF: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2013b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). [Online] 2013c. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, [Online] 2013d. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC\\_36\\_2013\\_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. [Online] 2013e. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. [Online] 2013f Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html).

Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Documento de referência. Brasília: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2014a.

Brasil. Ministério da Saúde. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2014b.

Bueno RM, Moraes SS, Suzuki K, Gonçalves AF, Barreto RASS, Gebrim CFL. Caracterização da Passagem de Pantão entre o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva. *Cogitare Enferm*, 2015 jul-set; 20(3):512-18.

Dicuccio MH. The relationship between patient safety culture and patient outcomes: a systematic review. *J Patient Saf*. 2015 set; 11(3):135-42.

Draganov PB, Andrade AC, Neves VR, Sanna MC. Andragogy in nursing: a literature review. *Invest Educ Enferm*, [Online] 2013; 31(1):86-94. Disponível em: [http://www.scielo.org/co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072013000100011&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.org/co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072013000100011&lng=en&tlng=en).

Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MMd, Oliveira FTd. Eventos Adversos e Segurança na Assistência de Enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 2015 jan-fev; 68(1):144-54.

El-Jadali F, Sheikh F, Garcia NA, Jamal D, Abdo A. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Services Research*, [Online] 2014 Mar; 14(122):1-15. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-14-122?site=bmchealthservres.biomedcentral.com>

Ferreira C, Machado R, Vitor AF, Lira ALBC, Martins CS. Dimensionamento de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Rene*. 2014 set-out; 15(5):888-97.

Françolin L, Gabriel S, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado P. Gerenciamento da Segurança do Paciente Sob a ótica dos Enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP* · [Online] 2015; 49(2):277-83. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt\\_0080-6234-reeusp-49-02-0277.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0277.pdf)

Freitas H, Oliveira M, Saccol AZ, Moscarola J. O Método de Pesquisa Survey. *Rev Admin*, 2000 set; 35(3):105-12.

Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí (FUVS). Balanço Social. Pouso Alegre/ MG: FUVS, [Online] Presidência, 2016. Disponível em: [http://www.fuvs.br/editais/WEB\\_Balanco\\_Fuvs\\_2016.pdf](http://www.fuvs.br/editais/WEB_Balanco_Fuvs_2016.pdf)

Hernandez JMC, Caldas P. Resistência à Mudança: Uma revisão Crítica. *Rev Admin Empresas (RAE)*, [Online] 2001 abr/jun; 41(2):31-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v41n2/v41n2a04.pdf>

Hey CG, Lara D, Centa SA. A Influência do Líder: uma análise da influência do líder no ambiente no qual está inserido. *Tuiuti: Ciênc Cultura*, 2013 jun; 47(1):259-67.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [Online]. Panorama - População de Pouso Alegre/MG – população estimada (2017). [Online] 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/pouso-alegre/panorama>

Kim L, Lyder CH, Mcneese-Smith D, Leach LS, Needleman J. Defining attributes of patient safety through a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2015; 71(11): 2490-503.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err is Human: Building a Safer Health System* Washington (DC): National Academies Press (US), [Online] 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/> doi: 10.17226/

Macrae C. The problem with incident reporting. *BMJ Qual Saf*. 2016 fev;25(2):71-5.

Medicine I. Crossing The Quality Chasm: A New Health System for the 21 st century  
Washington (DC): National Academies Press (US), [Online] 2001. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/> doi: 10.17226/10027

Mendes CMFGS, Barroso FFM. Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. Rev Port Saude Pública. 2014; 32(2):197-205.

Mitchell I, Schuster A, Smith K, Pronovost P, Wu A. Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after “To Err Is Human.” BMJ Qual Saf. 2016; 25(1):92-9.

Montezeli JH, Peres AM. Gerenciamento: Contrapontos percebidos por enfermeiros entre a formação e o mundo do trabalho. Ciênc Cuid Saúde. 2012; 11 (Supl):138-43.

National Quality Forum (NQF). Safe Practices for Better Healthcare—2010 Update: A Consensus Report. Washington, DC: NQF; [Online] 2010. Disponível em: [https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe\\_Practices\\_for\\_Better\\_Healthcare\\_%E2%80%932010\\_Update.aspx](https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_%E2%80%932010_Update.aspx)

Neves EO. Aprendizagem Organizacional: Considerações sobre metodologias de promoção e desenvolvimento. ReFAE, 2011; 3(1): 2-16. ISSN: 2176-9583

Paiva SMA, Silveira CA, Gomes ELR, Tessuto MC, Sartori NR. Teorias Administrativas na Saúde. Rev Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun; 18(2):311-6.

Parand A, Dopson S, Renz A, Vincent C. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. BMJ Open. 2014; 4(9): e005055.

Parand A, Dopson S, Vincent. The role of chief executive officers in a quality improvement initiative: a qualitative study. BMJ Open 2013; 3:e001731.

Pereira FCC, Bonfada D, Lima KC, Miranda FAN. Processo de trabalho da enfermagem: pensando a fragmentação a partir da contextualização no centro cirúrgico. Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(esp):995-1000, mar., 2013. 995. ISSN: 1981-8963.

Porto KLH. A segurança do paciente na utilização do checklist. Enferm Rev, Belo Horizonte, [Online] 2016; 17(2):103-15. ISSN 2238-7218. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12876/10087>.

Porto S, Martins M, Mendes W, Travassos C. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. Rev Port Saúde Pública 2010; Vol Temat(10):3-10.

Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: initial stage. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2012; 28(11):2199-210.

Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad Saúde Pública*, [online] 2016, 32(11) e00115614. ISSN 1678-4464. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00115614>.

Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*, [online] 2013; 18(7):2029-36. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>.

Santos JLG, Prochnow AG, Lima SBS, Leite J, Erdmann AL. Concepções de comunicação na gerência de enfermagem hospitalar entre enfermeiros gerentes de um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP*, [online] 2011; 45(4): 959-65. ISSN 0080-6234. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400024>.

Santos RNR, Coelho OMM, Santos KL. Utilização das Ferramentas Google pelos Alunos do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da UFPB. *Gestão e Aprendizagem*, MPOGOA, João Pessoa, [Online] 2014; 3(1):87-108. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/mpgoa/article/view/19767>.

Santos TO, Pereira LP, Silveira DT. Implantação de sistemas informatizados na saúde: uma revisão sistemática. *Rev Eletrôn Comun Inf Inov Saúde*, [Online] 2017 jul-set; 11(3):1-11. ISSN 1981-6278. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1064>

Saupe R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface (Botucatu)* [Online]. 2005; 9(18):521-36. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000300005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300005&lng=en)

Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Rev Crítica Ciências Sociais*, [Online] 2009 jun; 85(1): 65-82. Disponível em: <http://rccs.revues.org/343>.

Silva MF, Anders JC, Rocha PK, Souza AIJ, Burciaga VB. Comunicação na passagem de Plantão de Enfermagem: Segurança do Paciente Pediátrico. *Text Context Enferm*, [Online] 2016; 25(3):e3600015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003600015>.

Souza P, Mendes W. *Segurança do Paciente*. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 2014. 452p.

Souza VS, Kawamoto AM, Oliveira JLC, Tonini NS, Fernandes LM, Nicola AL. Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. *Cogitare*

Enferm, [Online] 2015 jul-set; 20(3):475-82. ISSN 2176-9133. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40687>.

World Health Organization (WHO). Fifty-Fifth World Health Assembly - Quality of care: patient safety Ninth plenary meeting. Document A55/13. WHO; 2002.

World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety: forward programme. Genebra: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2004. 27p.

World Health Organization (WHO). WHO guidelines for safe surgery. Safe surgery saves lives. Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS. Cirurgia Segura Salva Vidas. OMS. Tradução e adaptação para Português por Manuela Lucas, DGS. Direção Geral da Saúde; 2010.

World Health Organization (WHO). Estrutura Concetualda Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico. Lisboa: WHO, Tradução realizada pela Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. OMS, Direção Geral; 2011. 142p.

World Health Organization (WHO). Executive Board 2/42132nd session. Provisional agenda item 15.2. WHO, Executive Board; 2012.

## ANEXOS

### ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do CEP

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO -



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Elaboração de um Plano para Transformação da Cultura Organizacional em Segurança do Paciente a

**Pesquisador:** Johnny Mascarenhas de Queiros

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 60923616.7.0000.5102

**Instituição Proponente:** FUNDACAO DE ENSINO SUPERIOR DO VALE DO SAPUCAI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.866.822

##### Apresentação do Projeto:

O intuito da cultura de segurança do paciente é permitir que as instituições de saúde, com a participação ativa de gestores e colaboradores, despertem a responsabilidade por todo processo do cuidado. A equipe de enfermagem do HCSL (Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares) será o público alvo deste estudo. A expectativa é coletar

dados de um total de 200 participantes divididos em dois grupos sendo 100 profissionais da equipe de enfermagem das unidades fechadas (unidade de terapia intensiva, hemodiálise, oncologia e centro cirúrgico) e 100 profissionais da equipe de enfermagem das unidades abertas (clínica médica, clínica cirúrgica).

##### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo deste estudo é utilizar a análise dos resultados obtidos e propor a elaboração de um plano para transformação da cultura organizacional em segurança do paciente.

Objetivo Primário:

Diagnosticar o entendimento sobre a cultura de segurança do paciente dos colaboradores que atuam no grupo da enfermagem (Enfermeiros, técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem) do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, nos diversos microssistemas.

Objetivo Secundário:

**Endereço:** Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

**Bairro:** Campus Fátima I

**CEP:** 37.550-000

**UF:** MG

**Município:** POUSO ALEGRE

**Telefone:** (35)3449-9270

**E-mail:** pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO -



Continuação do Parecer: 1.866.822

Realizar um comparativo sobre o diagnóstico da cultura de segurança do paciente nos diferentes microssistemas do hospital das clínicas Samuel Libânio, tendo como foco a assistência da enfermagem; Elaborar, diante dos resultados obtidos, fundamentos para proposta de plano de transformação da cultura organizacional, tendo como referencial a teoria da gestão mudança, e o cuidado centrado ao paciente, para melhoria dos processos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Nas informações básicas sobre o projeto e na brochura do pesquisador a informação é de que não há riscos para os participantes, o que precisa ser alterado. O pesquisador apresenta essa informação no TCLE, mas também se faz necessário que o mesmo apareça no projeto (documentos citados anteriormente).

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta relevância social e contribuirá com a produção de conhecimento na área.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta Folha de Rosto assinada, autorização da instituição onde a pesquisa será desenvolvida e TCLE. Porém, o TCLE apresentado em anexo à brochura do pesquisador apresenta conteúdo diferente daquele apresentado em separado; verificar especificamente texto quanto aos riscos mínimos.

**Recomendações:**

Recomenda-se detalhar o orçamento tanto nas informações básicas sobre o projeto como na brochura do pesquisador, descrevendo de forma detalhada os custos com o projeto.

O cronograma de execução deve ser refeito e não apenas alterado. Observa-se, por exemplo, que nas informações básicas do projeto a ação "aplicar a ferramenta que irá mensurar o conhecimento dos colaboradores..." tem previsão para o período de 20/09/2016 a 30/12/2016", anterior a autorização do CEP. Nas informações básicas sobre o projeto a informação é de que não há riscos para os participantes, o que precisa ser alterado. O pesquisador apresenta essa informação no TCLE, mas também se faz necessário que o mesmo apareça no projeto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Embora não haja pendências faz-se necessário observar as recomendações quanto ao projeto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

após o término do estudo apresentar relatório ao CEP

**Endereço:** Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

**Bairro:** Campus Fátima I

**CEP:** 37.550-000

**UF:** MG

**Município:** POUSO ALEGRE

**Telefone:** (35)3449-9270

**E-mail:** pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO -



Continuação do Parecer: 1.866.822

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_796802.pdf	18/11/2016 18:22:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.pdf	18/11/2016 18:21:32	Johnny Mascarenhas de Queiros	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	18/11/2016 18:20:20	Johnny Mascarenhas de Queiros	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura.pdf	18/11/2016 18:19:25	Johnny Mascarenhas de Queiros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/11/2016 18:18:47	Johnny Mascarenhas de Queiros	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	01/10/2016 07:56:15	Johnny Mascarenhas de Queiros	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

POUSO ALEGRE, 14 de Dezembro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Rosa Maria do Nascimento**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470  
**Bairro:** Campus Fátima I **CEP:** 37.550-000  
**UF:** MG **Município:** POUSO ALEGRE  
**Telefone:** (35)3449-9270 **E-mail:** pesquisa@univas.edu.br

## ANEXO 2 – Tradução da Ferramenta por Reis (2013)

### Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais

#### Instruções

Esta pesquisa solicita suas opiniões sobre segurança do paciente, erros do cuidado de saúde e relato de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchido.

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

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

*"Segurança do paciente" é definida como a evitar e prevenir danos no paciente ou eventos adversos aos pacientes, resultantes do processo de cuidados de saúde prestado.*

#### SECÃO A: Sua área/unidade de trabalho

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

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

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

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às outras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Temos quadro de pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

<b>Continuação</b>	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não Concordo nem Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>
<b>Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...</b>					
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nesta unidade, o quadro de pessoal trabalha mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Usamos mais pessoal temporário/terceirizado do que seria desejável para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. O quadro de pessoal considera que suas falhas podem ser usadas contra ele	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Falhas têm levado a mudanças positivas por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Falhas mais graves não acontecem por aqui apenas por sorte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Quando um evento é relatado, parece que é a pessoa quem está sendo avaliada, e não o problema	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em prol de mais quantidade de trabalho concluído	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. O quadro de pessoal se preocupa que suas falhas sejam registradas em suas fichas funcionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SECÃO B: O seu supervisor/chefe**

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões do quadro de pessoal para melhoria da segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. O meu supervisor/chefe não dá importância aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SECÃO C: Comunicação**

Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Somos informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. O quadro de pessoal tem liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. O quadro de pessoal sente-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. O quadro de pessoal tem receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SECÃO D: Frequência de eventos relatados**

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem as falhas a seguir, com que frequência elas são relatadas?

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre uma falha, mas ela é <u>percebida e corrigida antes de afetar o paciente</u> , com que frequência ela é relatada?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Quando uma falha acontece, mas <u>não há risco de dano ao paciente</u> , com que frequência ela é relatada?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando ocorre uma falha que <u>podia causar danos ao paciente</u> , mas não causa, com que frequência ela é relatada?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SECÃO E: Nota de segurança do paciente**

Por favor, dê uma nota geral para a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

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

**SECÃO F: O seu hospital!**

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

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

**SECÃO F: O seu hospital (continuação)**

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

**SECÃO G: Número de eventos relatados**

Nes últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você preencheu e apresentou?

- a. Nenhum relatório       d. 6 a 10 relatórios  
 b. 1 a 2 relatórios       e. 11 a 20 relatórios  
 c. 3 a 5 relatórios       f. 21 relatórios ou mais

**SECÃO H: Informações gerais**

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

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

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

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

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

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

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

4. Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.

<input type="checkbox"/> a. Médico do corpo clínico	<input type="checkbox"/> j. Odontólogo
<input type="checkbox"/> b. Médico assistente	<input type="checkbox"/> k. Fisioterapeuta, terapeuta ocupacional ou fonoaudiólogo
<input type="checkbox"/> c. Médico residente/ Médico em treinamento	<input type="checkbox"/> l. Técnico (por exemplo, ECG, Laboratório, Radiologia)
<input type="checkbox"/> d. Enfermeiro	<input type="checkbox"/> m. Administração/Direção
<input type="checkbox"/> e. Técnico de Enfermagem	<input type="checkbox"/> n. Assistente de unidade/auxiliar de escritório/secretário
<input type="checkbox"/> f. Auxiliar de Enfermagem	<input type="checkbox"/> o. Outro, especifique
<input type="checkbox"/> g. Farmacêutico	
<input type="checkbox"/> h. Nutricionista	
<input type="checkbox"/> i. Assistente Social	

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

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

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

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

**SECÃO I: Seus comentários**

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

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa!

## ANEXO 3 – Aprovação da utilização da ferramenta pela AHRQ

★ RE: Request Authorization: "ref#24-81491

Enviado em: 07/11/2017 | 13:46

De: SafetyCultureSurveys@westat.com

Para: johnny.mascarenhas@ufmg.br

Cópia: safetyculturesurveys@westat.com

Dear Johnny Mascarenhas de Queirós,

Thank you for the information about your use of the Surveys on Patient Safety Culture™. We in the Patient Safety Culture Surveys Support Group at Westat (SafetyCultureSurveys@westat.com) have been authorized to respond on behalf of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) by Ms. Randie Siegel, Associate Director, Office of Communications and Knowledge Transfer, Publishing and Electronic Dissemination. Our group, as the Safety Culture Surveys support contractor, handles the majority of permissions for these tools and their related documents in English, notifies AHRQ of requests for permission to translate these documents, and maintains an electronic community for International users.

Based on your description of your project, AHRQ grants you permission to use the Hospital survey in English, or translated into Portuguese, for your graduate research at the University of the Sapucaí Valley of the State of Minas Gerais, Brazil. We understand that this research will be carried out at Samuel Libânio Clinical Hospital. AHRQ requests that you note on the survey forms that the form is "reprinted/translated with permission from the Agency for Healthcare Research and Quality (an Agency of the United States Department of Health and Human Services), Rockville, Maryland USA." In any publication of the results of the survey, such as a thesis, internal report to the hospital, or professional journal article, please include a proper source citation.

The AHRQ Web site for the patient safety culture surveys is <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/index.html>. The survey form and related materials can be found at this site. Be sure to read the Survey User's Guide for the appropriate survey, especially the sections on modifying or translating the survey. For technical questions, please contact us. We can also put you in touch with other non-U.S. users of the survey (go to "International Users of the Surveys on Patient Safety Culture" for more information).

If you have questions about permissions issues, or if you are interested in permissions to use or translate other AHRQ tools or documents, please feel free to contact Ms. Siegel or David Lewin, Manager of Copyrights & Permissions, Office of Communications and Knowledge Transfer.

Sincerely,  
Miranda

# ANEXO 4 – Termo de autorização para utilização das ferramentas Google

26/10/2017

Termos de Serviço do Google – Privacidade & Termos – Google



## Termos de Serviço do Google

Última modificação: 25 de outubro de 2017 ([visualizar versões arquivadas](#))

### Bem-vindo ao Google!

Agradecemos por usar nossos produtos e serviços ("Serviços"). Os Serviços serão fornecidos pelo Google LLC ("Google"), localizado em 1600 Amphitheatre Parkway, Mountain View, CA 94043, Estados Unidos.

Ao usar nossos Serviços, você está concordando com estes termos. **Leia-os com atenção.**

Nossos Serviços são muito diversos, portanto, às vezes, podem aplicar-se termos adicionais ou exigências de produtos (inclusive exigências de idade). Os termos adicionais estarão disponíveis com os Serviços relevantes e esses termos adicionais se tornarão parte de nosso contrato com você, caso você use esses Serviços.

### Como usar nossos Serviços

É preciso que você siga as políticas disponibilizadas a você dentro dos Serviços.

Não faça uso indevido de nossos Serviços. Por exemplo, não interfira com nossos Serviços nem tente acessá-los por um método diferente da interface e das instruções que fornecemos. Você pode usar nossos serviços somente conforme permitido por lei, inclusive leis e regulamentos de controle de exportação e reexportação. Podemos suspender ou deixar de fornecer nossos Serviços se você descumprir nossos termos ou políticas ou se estivermos investigando casos de suspeita de má conduta.

O uso de nossos Serviços não lhe confere a propriedade sobre direitos de propriedade intelectual sobre os nossos Serviços ou sobre o conteúdo que você acessar. Você não pode usar conteúdos de nossos Serviços a menos que obtenha permissão do proprietário de tais conteúdos ou que o faça por algum meio permitido por lei. Estes termos não conferem a você o direito de usar quaisquer marcas ou logotipos utilizados em nossos Serviços. Não remova, oculte ou altere quaisquer avisos legais exibidos em ou junto a nossos Serviços.

Nossos Serviços exibem alguns conteúdos que não são do Google. Esses conteúdos são de exclusiva responsabilidade da entidade que os disponibiliza. Podemos revisar conteúdo para determinar se é ilegal ou se infringe nossas políticas, e podemos remover ou nos recusar a exibir conteúdos que razoavelmente acreditamos violar nossas políticas ou a lei. Mas isso não significa, necessariamente, que revisaremos conteúdos, portanto por favor, não presuma que o faremos.

Em relação com seu uso dos Serviços, podemos enviar-lhe anúncios de serviços, mensagens administrativas e outras informações. Você pode desativar algumas dessas comunicações.

Alguns dos nossos Serviços estão disponíveis em dispositivos móveis. O usuário não deve utilizar tais Serviços de forma que o distraia ou o impeça de cumprir leis de trânsito ou de segurança.

### Sua Conta do Google

Talvez você precise criar uma Conta do Google para utilizar alguns dos nossos Serviços. Você poderá criar sua própria Conta do Google ou sua Conta do Google poderá ser atribuída a você por um administrador, como seu empregador ou instituição de ensino. Se você estiver usando uma Conta do Google atribuída a você por um administrador, termos diferentes ou adicionais podem aplicar-se e seu administrador poderá ser capaz de acessar ou desativar sua conta.

Para proteger sua Conta do Google, o usuário deve manter a senha em sigilo. A atividade realizada na Conta do Google ou por seu intermédio é de responsabilidade do usuário. Não recomendamos que a senha da Conta do Google seja reutilizada em aplicativos de terceiros. Caso tome conhecimento de uso não autorizado da sua senha ou Conta do Google, o usuário deve [seguir estas instruções](#).

### Proteção à Privacidade e aos Direitos Autorais

As [Políticas de Privacidade](#) do Google explicam o modo como tratamos seus dados pessoais e protegemos sua privacidade quando você usa nossos Serviços. Ao utilizar nossos Serviços, você concorda que o Google poderá usar esses dados de acordo com nossas políticas de privacidade.

Nós respondemos às notificações de alegação de violação de direitos autorais e encerramos contas de infratores reincidentes de acordo com os procedimentos estabelecidos na Lei de Direitos Autorais Digital do Milênio dos Estados Unidos (U.S. Digital Millennium Copyright Act).

Fornecemos informações para ajudar os detentores de direitos autorais a gerenciarem sua propriedade intelectual on-line. Caso você entenda que alguém está violando seus direitos autorais e quiser nos notificar, você pode encontrar informações sobre o envio de notificações e sobre a política do Google para respondê-las [em nossa Central de Ajuda](#).

### Seu Conteúdo em nossos Serviços

Alguns de nossos Serviços permitem que você faça upload, submeta, armazene, envie ou receba conteúdo. Você mantém a propriedade de quaisquer direitos de propriedade intelectual que você detenha sobre aquele conteúdo. Em resumo, aquilo que pertence a você, permanece com você.

Quando você faz upload, submete, armazena, envia ou recebe conteúdo a nossos Serviços ou por meio deles, você concede ao Google (e àqueles com quem trabalhamos) uma licença mundial para usar, hospedar, armazenar, reproduzir, modificar, criar obras derivadas (como aquelas resultantes de traduções, adaptações ou outras alterações que fazemos para que seu conteúdo funcione melhor com nossos Serviços), comunicar, publicar, executar e exibir publicamente e distribuir tal conteúdo. Os direitos que você concede nesta licença são para os fins restritos de operação, promoção e melhoria de nossos Serviços e de desenvolver novos Serviços. Essa licença perdura mesmo que você deixe de usar nossos Serviços (por exemplo, uma listagem de empresa que você adicionou ao Google Maps). Alguns Serviços podem oferecer-lhe modos de acessar e remover conteúdos que foram fornecidos para aquele Serviço. Além disso, em alguns de nossos Serviços, existem termos ou configurações que restringem o escopo de nosso uso do conteúdo enviado nesses Serviços. Certifique-se de que você tem os direitos necessários para nos conceder a licença de qualquer conteúdo que você enviar a nossos Serviços.

Nossos sistemas automatizados analisam o seu conteúdo (incluindo e-mails) para fornecer recursos de produtos pessoalmente relevantes para você, como resultados de pesquisa customizados, propagandas personalizadas e detecção de spam e malware. Essa análise ocorre à medida que o conteúdo é enviado e recebido, e quando ele é armazenado.

Se o usuário tiver uma Conta do Google, o nome e a foto do perfil, bem como as ações realizadas em aplicativos do Google ou de terceiros que estejam conectados a essa Conta do Google (como marcações +1, avaliações e comentários postados), poderão aparecer em nossos Serviços, inclusive para exibição em anúncios e em outros contextos comerciais. As opções do usuário para limitar as configurações de compartilhamento ou visibilidade na Conta do Google serão respeitadas. Por exemplo, o usuário pode alterar as configurações de modo que seu nome e foto não apareçam em anúncios.

Você pode encontrar mais informações sobre como o Google usa e armazena conteúdo na política de privacidade ou termos adicionais de Serviços específicos. Se você enviar comentários ou sugestões sobre nossos Serviços, podemos usar seus comentários ou sugestões sem obrigação para você.

### Sobre Software em nossos Serviços

Quando um Serviço exige ou inclui software disponível para download, tal software poderá atualizar-se automaticamente em seu dispositivo se uma nova versão ou recurso estiver disponível. Alguns Serviços podem permitir que você ajuste suas configurações de atualizações automáticas.

O Google concede a você uma licença pessoal, mundial, não exclusiva, intransferível e isenta de royalties para o uso do software fornecido pelo Google como parte dos Serviços. Essa licença tem como único objetivo permitir que você use e aproveite o benefício dos Serviços, tal como fornecidos pelo Google, da forma permitida por estes termos. Você não poderá copiar, modificar, distribuir, vender ou alugar qualquer parte de nossos Serviços ou o software incluso, nem poderá fazer engenharia reversa ou tentar extrair o código fonte desse software, exceto nos casos em que a legislação proibir tais restrições, ou quando você tiver nossa permissão por escrito.

Software de código aberto é importante para nós. Alguns dos softwares usados em nossos Serviços podem ser oferecidos sob uma licença de código aberto que colocaremos a sua disposição. Pode haver disposições na licença de código aberto que substituam expressamente alguns desses termos.

### Como modificar e cancelar nossos Serviços

Estamos constantemente alterando e melhorando nossos Serviços. Podemos incluir ou remover funcionalidades ou recursos e podemos também suspender ou encerrar um Serviço por completo.

Você pode deixar de usar nossos Serviços a qualquer momento, embora fiquemos chateados ao ver você ir embora. O Google também poderá deixar de prestar os Serviços a você ou, incluir ou criar novos limites a nossos Serviços a qualquer momento.

Acreditamos que você seja o proprietário dos seus dados e que é importante preservar seu acesso a esses dados. Se descontinuarmos um Serviço, quando razoavelmente possível, você será informado com antecedência razoável e terá a chance de retirar as suas informações daquele Serviço.

### **Nossas Garantias e Isenções de Responsabilidade**

Fornecemos nossos Serviços usando um nível comercialmente razoável de capacidade e cuidado e esperamos que você aproveite seu uso deles. Mas existem algumas coisas que não prometemos sobre nossos Serviços.

EXCETO QUANDO EXPRESSAMENTE PREVISTO NESTES TERMOS OU EM TERMOS ADICIONAIS, NEM O GOOGLE, NEM SEUS FORNECEDORES OU DISTRIBUIDORES OFERECEM QUAISQUER GARANTIAS SOBRE OS SERVIÇOS. POR EXEMPLO, NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS PELOS CONTEÚDOS NOS SERVIÇOS, POR FUNCIONALIDADES ESPECÍFICAS DO SERVIÇO, OU PELA CONFIABILIDADE, DISPONIBILIDADE OU CAPACIDADE DE ATENDER SUAS NECESSIDADES. FORNECEMOS OS SERVIÇOS "NA FORMA EM QUE ESTÃO".

CERTAS JURISDIÇÕES PREVÊEM DETERMINADAS GARANTIAS, COMO A GARANTIA DE COMERCIALIZAÇÃO IMPLÍCITA, ADEQUAÇÃO A UMA FINALIDADE ESPECÍFICA E NÃO VIOLAÇÃO. NA MEDIDA PERMITIDA POR LEI, EXCLUÍMOS TODAS AS GARANTIAS.

### **Responsabilidade pelos nossos Serviços**

QUANDO PERMITIDO POR LEI, O GOOGLE E OS FORNECEDORES OU DISTRIBUIDORES DO GOOGLE NÃO SERÃO RESPONSÁVEIS POR PERDA DE LUCROS, PERDA DE RECEITA, PERDA DE DADOS, PERDAS FINANCEIRAS OU DANOS INDIRETOS, ESPECIAIS, CONSEQUENCIAIS, EXEMPLARES OU PUNITIVOS.

NA MEDIDA PERMITIDA POR LEI, A RESPONSABILIDADE TOTAL DO GOOGLE E DE SEUS FORNECEDORES E DISTRIBUIDORES, PARA QUALQUER RECLAMAÇÃO SOB ESTES TERMOS, INCLUINDO QUAISQUER GARANTIAS IMPLÍCITAS, LIMITA-SE AO VALOR QUE VOCÊ PAGOU AO GOOGLE PARA USAR OS SERVIÇOS (OU, A NOSSO CRITÉRIO, PARA FORNECER A VOCÊ OS SERVIÇOS NOVAMENTE).

EM TODOS OS CASOS, O GOOGLE E SEUS FORNECEDORES E DISTRIBUIDORES NÃO SERÃO RESPONSÁVEIS POR QUALQUER PERDA OU DANO QUE NÃO SEJA RAZOAVELMENTE PREVISÍVEL.

### **Usos comerciais de nossos Serviços**

Se você estiver usando nossos Serviços em nome de uma empresa, tal empresa aceita estes termos. Ela isentará de responsabilidade e indenizará o Google e suas afiliadas, executivos, agentes e trabalhadores de qualquer reivindicação, processo ou ação judicial proveniente de ou relacionado ao uso dos Serviços ou à violação destes termos, incluindo qualquer responsabilidade ou despesa resultante de reivindicações, perdas, danos, processos, julgamentos, custos de litígio e honorários advocatícios.

### **Sobre estes Termos**

Podemos modificar estes termos ou quaisquer termos adicionais que sejam aplicáveis a um Serviço para, por exemplo, refletir alterações da lei ou mudanças em nossos Serviços. Você deve consultar os termos regularmente. Postaremos avisos sobre modificações nesses termos nesta página. Publicaremos um aviso de alteração sobre os termos adicionais dentro do Serviço aplicável. As alterações não serão aplicadas retroativamente e entrarão em vigor pelo menos quatorze dias após sua publicação. Entretanto, alterações a respeito de novas funcionalidades de um Serviço ou alterações feitas por razões legais entrarão em vigor imediatamente. Se você não concordar com os termos alterados de um Serviço, deve descontinuar o uso desse Serviço.

Em caso de conflito entre estes termos e os termos adicionais, os termos adicionais prevalecerão com relação a esse conflito.

Estes termos regem a relação entre o Google e você. Eles não criam quaisquer direitos para terceiros.

Caso você não cumpra estes termos e nós não tomemos providências imediatas, isso não significa que estamos renunciando a quaisquer direitos que possamos ter (como tomar providências futuras).

Caso uma condição específica destes termos não seja executável, isso não prejudicará quaisquer outros termos.

As leis da Califórnia, EUA, excluindo as normas da Califórnia sobre conflitos de leis, serão aplicáveis a quaisquer disputas decorrentes de ou relacionadas com estes termos ou Serviços. Todas as reclamações decorrentes de ou relacionadas com estes termos ou Serviços serão litigadas exclusivamente em tribunais estaduais ou federais da Comarca de Santa Clara, Califórnia, EUA, e você e o Google autorizam a jurisdição pessoal nesses tribunais.

Para obter informações sobre como entrar em contato com o Google, por favor visite nossa [página de contato](#).

## **ANEXO 5 – Histórico do HCSSL**

### **A instituição**

O Hospital das Clínicas Samuel Libânio, inicialmente denominado Hospital Regional Samuel Libânio foi idealizado no início do século XX pelo Dr. Custódio Ribeiro de Miranda. Graças ao apoio do então diretor de higiene pública do estado de Minas Gerais, Samuel Libânio o grandioso projeto foi viabilizado com auxílio da Fundação Rockefeller. No início de suas atividades, o funcionamento do hospital acontecia graças à Congregação das Irmãs da Divina Providência, que cuidavam dos doentes.

Mudanças ocorridas na cidade e na região refletiram de forma direta na instituição, em 1969 foi criada a Faculdade de Ciências Médicas Doutor José Antônio Garcia Coutinho, representando importante impacto no modo de vida da cidade de Pouso Alegre e da região. Em 1975 o Hospital Samuel Libânio foi doado para a Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí - FUVS, com um objetivo de servir à Faculdade de Ciências Médicas. A partir daí e até os dias atuais, o Hospital funciona como campo de estágio e pesquisa para os alunos dos cursos da saúde da Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

Em 1976, o então diretor da Faculdade de Ciências Médicas de Pouso Alegre, professor Virgínio Cândido Tosta de Souza com o apoio do general Newton Araújo de Oliveira Cruz e do presidente da Fundação Dom José D'Ângelo Neto, iniciou as obras do novo prédio do Hospital Samuel Libânio. Projeto audacioso que contemplava a edificação de um pavilhão de cinco andares, inaugurado três anos depois, em 1979, com a visita do presidente da República, general João Batista Figueiredo.

Em março de 1991, novas instalações do Pronto Socorro foram inauguradas para atender a demanda crescente de urgência e emergência da região do Sul de Minas. O novo Pronto Socorro ganhou o nome Dom José D'Ângelo Neto em homenagem a Figura do primeiro Presidente da Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí.

A entrada no século XXI foi marcada por novos desenvolvimentos, e obras de melhorias em diversos setores do Hospital. O foco na gestão da qualidade também marca esse novo momento, onde a profissionalização nas mais diversas áreas tornam-se fator chave para a continuidade do desenvolvimento.

Nos dias de hoje o hospital de Clínicas Samuel Libânio é um hospital universitário, privado filantrópico sem fins lucrativos. É o único hospital no município credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e o Pronto Socorro atende uma demanda crescente de 33 municípios a ele referenciado.

Oferece à população atendimento continuado com a realização de Serviço de Apoio e Diagnóstico ao Tratamento (SADT), internações clínicas e cirúrgicas de média e alta complexidade. É referência da região ampliada de saúde em Cardiologia, Oncologia, Ortopedia e centro de referência em Neurocirurgia para quase 2.800.000 habitantes de 153 municípios. Credenciado para transplantes de rim e córnea, classificado como hospital tipo “D”, referência para gestante de alto risco, tornando-se hospital âncora do sistema estadual de saúde.

O Hospital das Clínicas Samuel Libânio tem como missão “oferecer soluções em saúde à comunidade da macrorregião sul mineira com qualidade, segurança e confiabilidade utilizando tecnologia avançadas. Respeitando os seguintes valores:

- ✓ Ética Profissional;
- ✓ Respeito aos seus clientes internos e externos;
- ✓ Desenvolvimento do seu Capital humano;
- ✓ Satisfação dos clientes;
- ✓ Atendimento com qualidade e comprometimento;
- ✓ Relacionamento interpessoal;
- ✓ Comprometimento com a imagem Institucional;
- ✓ Gestão inovadora com foco em resultados;
- ✓ Responsabilidade Social e ambiental.

Devido ao seu elevado grau de resolubilidade e sua demanda constantemente crescente, a alta gestão, trabalha com projetos para análise constantes de melhorias com o intuito de buscar a excelência da qualidade na assistência, com foco na atual política de saúde baseada na segurança do paciente e gestão de risco.

Para a mudança da cultura organizacional, com o foco na segurança do paciente, tornando a instituição um ambiente mais saudável e seguro através da aquisição de novas competências e mudança de comportamento dos indivíduos que dela participam, faz-se necessário o diagnóstico sobre o entendimento da cultura da segurança do paciente pelos profissionais. A proposta deste estudo é oferecer ao Hospital das Clínicas Samuel Libânio o diagnóstico focado no maior grupo de atuação, a enfermagem, por meio da utilização de uma ferramenta que garanta a individualidade e o sigilo da identificação. O intuito é obter resultados fidedignos e proporcionar à instituição o diagnóstico sobre a percepção e comportamento destes colaboradores sobre este tema tão significativo. Os dados obtidos favorecerão o paciente e permitirá aos gestores a implantação de barreiras e a capacitação destes profissionais para garantir a eficácia e efetividade do atendimento oferecido.

## APÊNDICE

### APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar, como voluntário (a) da pesquisa “Fundamentos para elaboração de proposta de um plano de transformação da mudança da cultura organizacional, diante do diagnóstico da avaliação da cultura de segurança do paciente, pela enfermagem, nos diferentes microsistemas de saúde do Hospital das Clínicas Samuel Libânio”.

Essa pesquisa integra o Curso de **Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde** da Universidade Vale do Sapucaí - UNIVAS. O objetivo geral da pesquisa é mensurar o conhecimento do capital humano do HCSL, referente a segurança do paciente.

Caso concorde em participar, contribuirá para a compreensão da cultura de segurança do paciente, possibilitando que intervenções sejam feitas para o seu fortalecimento, somando possibilidades à melhoria do cuidado de saúde prestado aos pacientes nessa organização.

Caso você concorde, preencherá um questionário cujas questões são relacionadas às dimensões da cultura de segurança. Seu preenchimento leva em torno de 9 minutos. As informações obtidas por meio dessa pesquisa são totalmente confidenciais e o sigilo sobre sua participação é assegurado, a participação nesta pesquisa não implicará riscos relativos à avaliação de desempenho profissional nem impedirá o livre acesso aos serviços de saúde. Porém, possíveis riscos psicoemocionais poderão surgir ao tratarmos de profissionais de saúde envolvidos no contexto do processo de trabalho, estimula ansiedades primitivas e intensas, em que qualquer mudança há um nível de ansiedade, poderemos evidenciar os saberes aflorados pelo indivíduo ao ser questionado sobre a segurança e as atividades laborais da rotina diária. Fica garantido o direito de requerer esclarecimentos acerca da entrevista e outros assuntos.

Em caso de dúvidas e se necessitar de informações, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí - Univás, que é o órgão que controlará a pesquisa do ponto de vista ético. O CEP funciona de segunda à sexta-feira e o seu telefone é (35) 3449 2199, Pouso Alegre, MG.

Os resultados serão utilizados estritamente para fins de melhorias do serviço de saúde do HCSL, congressos, reuniões técnico-científicas, revistas de saúde, sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições e serão guardados, sob minha responsabilidade, por 5 anos, e posteriormente destruídos.

A sua participação não é obrigatória. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. E a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento.

Caso você concorde em fazer parte desse estudo, assine ao final desse documento, o qual possui duas vias: uma delas é sua, e a outra do pesquisador responsável.

---

Johnny Mascarenhas de Queirós (Pesquisador Responsável)

**Contatos do pesquisador responsável:**

**Telefone: 11-987292701**

**E-mail johnny.mascarenhas@uol.com.br**

**Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Vale do Sapucaí - UNIVAS**

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome: \_\_\_\_\_

---

Participante da pesquisa:

**APÊNDICE 2 - Perguntas e respostas convertidas em números para análise estatística de A até H7.**

<b>Representação do Conceito</b>	<b>A1</b>	<b>A2</b>	<b>A3</b>	<b>A4</b>	<b>A5</b>	<b>A6</b>	<b>A7</b>
<b>1</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>27</b>
<b>2</b>	<b>21</b>	<b>77</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>77</b>	<b>11</b>	<b>101</b>
<b>3</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>27</b>
<b>4</b>	<b>122</b>	<b>62</b>	<b>115</b>	<b>114</b>	<b>62</b>	<b>117</b>	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>31</b>	<b>40</b>	<b>13</b>	<b>41</b>	<b>2</b>
<b>6</b>	<b>0</b>						
<b>Soma</b>	<b>177</b>						
<b>Geral</b>							
<b>1</b>	<b>1,69%</b>	<b>10,17%</b>	<b>2,82%</b>	<b>1,69%</b>	<b>7,34%</b>	<b>0,56%</b>	<b>15,25%</b>
<b>2</b>	<b>11,86%</b>	<b>43,50%</b>	<b>10,73%</b>	<b>4,52%</b>	<b>43,50%</b>	<b>6,21%</b>	<b>57,06%</b>
<b>3</b>	<b>7,34%</b>	<b>4,52%</b>	<b>3,95%</b>	<b>6,78%</b>	<b>6,78%</b>	<b>3,95%</b>	<b>15,25%</b>
<b>4</b>	<b>68,93%</b>	<b>35,03%</b>	<b>64,97%</b>	<b>64,41%</b>	<b>35,03%</b>	<b>66,10%</b>	<b>11,30%</b>
<b>5</b>	<b>10,17%</b>	<b>6,78%</b>	<b>17,51%</b>	<b>22,60%</b>	<b>7,34%</b>	<b>23,16%</b>	<b>1,13%</b>
<b>6</b>	<b>0,00%</b>						

<b>Representação do Conceito</b>	<b>A8</b>	<b>A9</b>	<b>A10</b>	<b>A11</b>	<b>A12</b>	<b>A13</b>	<b>A14</b>
<b>1</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>29</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>35</b>	<b>19</b>	<b>45</b>	<b>56</b>	<b>41</b>	<b>22</b>	<b>65</b>
<b>3</b>	<b>26</b>	<b>22</b>	<b>26</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>91</b>	<b>108</b>	<b>77</b>	<b>65</b>	<b>89</b>	<b>118</b>	<b>74</b>
<b>5</b>	<b>21</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>25</b>	<b>14</b>	<b>23</b>
<b>6</b>	<b>0</b>						
<b>Soma</b>	<b>177</b>						
<b>Geral</b>							
<b>1</b>	<b>2,26%</b>	<b>6,21%</b>	<b>8,47%</b>	<b>16,38%</b>	<b>5,65%</b>	<b>0,00%</b>	<b>3,39%</b>
<b>2</b>	<b>19,77%</b>	<b>10,73%</b>	<b>25,42%</b>	<b>31,64%</b>	<b>23,16%</b>	<b>12,43%</b>	<b>36,72%</b>
<b>3</b>	<b>14,69%</b>	<b>12,43%</b>	<b>14,69%</b>	<b>9,04%</b>	<b>6,78%</b>	<b>12,99%</b>	<b>5,08%</b>
<b>4</b>	<b>51,41%</b>	<b>61,02%</b>	<b>43,50%</b>	<b>36,72%</b>	<b>50,28%</b>	<b>66,67%</b>	<b>41,81%</b>
<b>5</b>	<b>11,86%</b>	<b>9,60%</b>	<b>7,91%</b>	<b>6,21%</b>	<b>14,12%</b>	<b>7,91%</b>	<b>12,99%</b>
<b>6</b>	<b>0,00%</b>						

<b>Representação do Conceito</b>	<b>A15</b>	<b>A16</b>	<b>A17</b>	<b>A18</b>
1	27	6	10	6
2	79	23	69	28
3	8	17	28	17
4	53	106	58	114
5	10	25	12	12
6	0	0	0	0
<b>Soma</b>	<b>177</b>	<b>177</b>	<b>177</b>	<b>177</b>
<b>Geral</b>				
1	15,25%	3,39%	5,65%	3,39%
2	44,63%	12,99%	38,98%	15,82%
3	4,52%	9,60%	15,82%	9,60%
4	29,94%	59,89%	32,77%	64,41%
5	5,65%	14,12%	6,78%	6,78%
6	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

<b>Representação do Conceito</b>	<b>B1</b>	<b>B2</b>	<b>B3</b>	<b>B4</b>
1	11	8	41	58
2	28	21	94	92
3	18	12	8	6
4	96	105	28	18
5	24	31	6	3
6	0	0	0	0
<b>Soma</b>	<b>177</b>	<b>177</b>	<b>177</b>	<b>177</b>
<b>Geral</b>				
1	6,21%	4,52%	23,16%	32,77%
2	15,82%	11,86%	53,11%	51,98%
3	10,17%	6,78%	4,52%	3,39%
4	54,24%	59,32%	15,82%	10,17%
5	13,56%	17,51%	3,39%	1,69%
6	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

<b>Representação do Conceito</b>	<b>C1</b>	<b>C2</b>	<b>C3</b>	<b>C5</b>	<b>C6</b>
<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>60</b>
<b>2</b>	<b>23</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>48</b>
<b>3</b>	<b>48</b>	<b>35</b>	<b>58</b>	<b>39</b>	<b>45</b>
<b>4</b>	<b>29</b>	<b>23</b>	<b>25</b>	<b>34</b>	<b>13</b>
<b>5</b>	<b>73</b>	<b>106</b>	<b>67</b>	<b>83</b>	<b>11</b>
<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Soma</b>	<b>177</b>	<b>177</b>	<b>177</b>	<b>177</b>	<b>177</b>
<b>Geral</b>					
<b>1</b>	<b>2,26%</b>	<b>2,26%</b>	<b>5,08%</b>	<b>3,39%</b>	<b>33,90%</b>
<b>2</b>	<b>12,99%</b>	<b>5,08%</b>	<b>10,17%</b>	<b>8,47%</b>	<b>27,12%</b>
<b>3</b>	<b>27,12%</b>	<b>19,77%</b>	<b>32,77%</b>	<b>22,03%</b>	<b>25,42%</b>
<b>4</b>	<b>16,38%</b>	<b>12,99%</b>	<b>14,12%</b>	<b>19,21%</b>	<b>7,34%</b>
<b>5</b>	<b>41,24%</b>	<b>59,89%</b>	<b>37,85%</b>	<b>46,89%</b>	<b>6,21%</b>
<b>6</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>

<b>Representação do Conceito</b>	<b>D1</b>	<b>D2</b>	<b>D3</b>
<b>1</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>23</b>	<b>31</b>	<b>29</b>
<b>3</b>	<b>28</b>	<b>37</b>	<b>34</b>
<b>4</b>	<b>44</b>	<b>29</b>	<b>28</b>
<b>5</b>	<b>73</b>	<b>70</b>	<b>78</b>
<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Soma</b>	<b>177</b>	<b>177</b>	<b>177</b>
<b>Geral</b>			
<b>1</b>	<b>5,08%</b>	<b>5,65%</b>	<b>4,52%</b>
<b>2</b>	<b>12,99%</b>	<b>17,51%</b>	<b>16,38%</b>
<b>3</b>	<b>15,82%</b>	<b>20,90%</b>	<b>19,21%</b>
<b>4</b>	<b>24,86%</b>	<b>16,38%</b>	<b>15,82%</b>
<b>5</b>	<b>41,24%</b>	<b>39,55%</b>	<b>44,07%</b>
<b>6</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>

Representação do Conceito	E1
1	2
2	2
3	36
4	112
5	25
6	0
<b>Soma</b>	<b>177</b>
<b>Geral</b>	
1	1,13%
2	1,13%
3	20,34%
4	63,28%
5	14,12%
6	0,00%

Representação do Conceito	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
1	2	8	7	7	10	11	5
2	20	88	56	66	73	73	52
3	22	27	16	25	11	26	36
4	118	48	81	72	66	54	74
5	15	6	17	7	17	13	10
6	0	0	0	0	0	0	0
<b>Soma</b>	<b>177</b>						
<b>Geral</b>							
1	1,13%	4,52%	3,95%	3,95%	5,65%	6,21%	2,82%
2	11,30%	49,72%	31,64%	37,29%	41,24%	41,24%	29,38%
3	12,43%	15,25%	9,04%	14,12%	6,21%	14,69%	20,34%
4	66,67%	27,12%	45,76%	40,68%	37,29%	30,51%	41,81%
5	8,47%	3,39%	9,60%	3,95%	9,60%	7,34%	5,65%
6	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

<b>Representação do Conceito</b>	<b>F8</b>	<b>F9</b>	<b>F10</b>	<b>F11</b>
<b>1</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>26</b>
<b>2</b>	<b>25</b>	<b>83</b>	<b>36</b>	<b>86</b>
<b>3</b>	<b>17</b>	<b>24</b>	<b>34</b>	<b>29</b>
<b>4</b>	<b>105</b>	<b>45</b>	<b>87</b>	<b>32</b>
<b>5</b>	<b>24</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>4</b>
<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Soma</b>	<b>177</b>	<b>177</b>	<b>177</b>	<b>177</b>
<b>Geral</b>				
<b>1</b>	<b>3,39%</b>	<b>8,47%</b>	<b>1,69%</b>	<b>14,69%</b>
<b>2</b>	<b>14,12%</b>	<b>46,89%</b>	<b>20,34%</b>	<b>48,59%</b>
<b>3</b>	<b>9,60%</b>	<b>13,56%</b>	<b>19,21%</b>	<b>16,38%</b>
<b>4</b>	<b>59,32%</b>	<b>25,42%</b>	<b>49,15%</b>	<b>18,08%</b>
<b>5</b>	<b>13,56%</b>	<b>5,65%</b>	<b>9,60%</b>	<b>2,26%</b>
<b>6</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>

<b>Representação do Conceito</b>	<b>G1</b>
<b>1</b>	<b>37</b>
<b>2</b>	<b>94</b>
<b>3</b>	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>7</b>
<b>6</b>	<b>0</b>
<b>Soma</b>	<b>177</b>
<b>Geral</b>	
<b>1</b>	<b>20,90%</b>
<b>2</b>	<b>53,11%</b>
<b>3</b>	<b>18,64%</b>
<b>4</b>	<b>3,39%</b>
<b>5</b>	<b>3,95%</b>
<b>6</b>	<b>0,00%</b>

<b>Representação do Conceito</b>	<b>H1</b>	<b>H2</b>	<b>H3</b>	<b>H4</b>	<b>H5</b>	<b>H6</b>	<b>H7</b>
<b>1</b>	<b>7</b>	<b>48</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>37</b>
<b>2</b>	<b>73</b>	<b>79</b>	<b>40</b>	<b>136</b>	<b>176</b>	<b>69</b>	<b>111</b>
<b>3</b>	<b>47</b>	<b>30</b>	<b>133</b>	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>57</b>	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>31</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>23</b>	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>0</b>
<b>6</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>0</b>
<b>Soma</b>	<b>177</b>						
<b>Geral</b>							
<b>1</b>	<b>3,95%</b>	<b>27,12%</b>	<b>0,56%</b>	<b>6,21%</b>	<b>0,56%</b>	<b>6,21%</b>	<b>20,90%</b>
<b>2</b>	<b>41,24%</b>	<b>44,63%</b>	<b>22,60%</b>	<b>76,84%</b>	<b>99,44%</b>	<b>38,98%</b>	<b>62,71%</b>
<b>3</b>	<b>26,55%</b>	<b>16,95%</b>	<b>75,14%</b>	<b>16,95%</b>	<b>0,00%</b>	<b>32,20%</b>	<b>8,47%</b>
<b>4</b>	<b>17,51%</b>	<b>7,34%</b>	<b>1,69%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>12,99%</b>	<b>7,91%</b>
<b>5</b>	<b>5,65%</b>	<b>3,39%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>4,52%</b>	<b>0,00%</b>
<b>6</b>	<b>5,08%</b>	<b>0,56%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>	<b>5,08%</b>	<b>0,00%</b>

### **APÊNDICE 3 - Resultados por dimensões através do Teste de *Friedman*.**

#### **Expectativa e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes**

##### **Teste de Friedman: A6, A9, A13 versus Dim 1 bloqueado por BD1**

P = 0.000 (ajustado para empates)

<b>Dimensão 1</b>	<b>N</b>	<b>Mediana Estatística</b>	<b>Soma das Médias</b>
<b>A13</b>	<b>177</b>	<b>4.000</b>	<b>330.0</b>
<b>A6</b>	<b>177</b>	<b>4.000</b>	<b>406.0</b>
<b>A9</b>	<b>177</b>	<b>4.000</b>	<b>326.0</b>

#### **Aprendizado organizacional – Melhoria contínua**

##### **Teste de Friedman: B1, B2, B3, B4 versus Dim 2 bloqueado por BD2**

P = 0.000 (ajustado para empates)

<b>Dimensão 2</b>	<b>N</b>	<b>Mediana Estatística</b>	<b>Soma das Médias</b>
<b>B1</b>	<b>177</b>	<b>4.000</b>	<b>535.5</b>
<b>B2</b>	<b>177</b>	<b>4.000</b>	<b>568.5</b>
<b>B3</b>	<b>177</b>	<b>2.000</b>	<b>356.5</b>
<b>B4</b>	<b>177</b>	<b>2.000</b>	<b>309.5</b>

#### **Trabalho em equipe no âmbito da unidades**

##### **Teste de Friedman: A1, A3, A4, A11 versus Dim 3 bloqueado por BD3**

P = 0.000 (ajustado para empates)

<b>Dimensão 3</b>	<b>N</b>	<b>Mediana Estatística</b>	<b>Soma das Médias</b>
<b>A1</b>	<b>177</b>	<b>4.000</b>	<b>450.5</b>
<b>A11</b>	<b>177</b>	<b>3.000</b>	<b>327.0</b>
<b>A3</b>	<b>177</b>	<b>4.000</b>	<b>481.0</b>
<b>A4</b>	<b>177</b>	<b>4.000</b>	<b>511.5</b>

### Abertura de comunicação

Teste de Friedman: C2, C6 versus Dim 4 bloqueado por BD4

P = 0.000 (ajustado para empates)

Dimensão 4	N	Mediana Estatística	Soma das Médias
C2	177	4.000	325.0
C6	177	2.000	206.0

### Retroalimentação das informações e comunicação sobre erro

Teste de Friedman: C1, C3, C5 versus Dim 5 bloqueado por BD5

P = 0.015 (ajustado para empates)

Dimensão 5	N	Mediana Estatística	Soma das Médias
C1	177	4.000	343.0
C3	177	2.000	341.5
C5	177	4.000	377.5

### Respostas não punitiva ao erros

Teste de Friedman: A8, A12, A16 versus Dim 6 bloqueado por BD6

P = 0.093 (ajustado para empates)

Dimensão 6	N	Mediana Estatística	Soma das Médias
A12	177	4.000	247.0
A16	177	4.000	372.0
A8	177	4.000	343.0

### Adequação Profissionais

Teste de Friedman: A2, A5, A7, A14 versus Dim 7 bloqueado por BD7

P = 0.000 (ajustado para empates)

Dimensão 7	N	Mediana Estatística	Soma das Médias
A14	177	2.8750	510.5
A2	177	2.6250	451.0
A5	177	2.6250	460.5
A7	177	2.3750	348.0

### Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente

Teste de Friedman: F1, F8, F9 versus Dim 8 bloqueado por BD8

P = 0.000 (ajustado para empates)

Dimensão 8	N	Mediana Estatística	Soma das Médias
F1	177	4.000	393.0
F8	177	4.000	389.5
F9	177	2.000	279.5

Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares.

Teste de Friedman: F2, F4, F6, F10 versus Dim 9 bloqueado por BD9

P = 0.000 (ajustado para empates)

Dimensão 9	N	Mediana Estatística	Soma das Médias
F10	177	3.3750	519.0
F2	177	2.6250	390.0
F4	177	2.8750	439.0
F6	177	2.6250	422.0

Passagens de plantão / turno e transferências internas

Teste de Friedman: F3, F5, F7, F11 versus Dim 10 bloqueado por BD10

P = 0.000 (ajustado para empates)

Dimensão 10	N	Mediana Estatística	Soma das Médias
F11	177	2.7500	339.0
F3	177	3.2500	497.0
F5	177	3.0000	453.0
F7	177	3.0000	481.0

Percepção geral da segurança do paciente

Teste de Friedman: A10, A15, A17, A18 versus Dim 11 bloqueado por BD11

P = 0.000 (ajustado para empates)

Dimensão 11	N	Mediana Estatística	Soma das Médias
A10	177	2.8750	461.0
A15	177	2.6250	371.5
A17	177	2.6250	412.5
A18	177	3.3750	525.0

## **Frequência de eventos relatados**

### **Teste de Friedman: D1, D2, D3 versus Dim 12 bloqueado por BD6**

P = 0.078 (ajustado para empates)

<b>Dimensão 12</b>	<b>N</b>	<b>Mediana Estatística</b>	<b>Soma das Médias</b>
<b>D1</b>	<b>177</b>	<b>4.0000</b>	<b>366.5</b>
<b>D2</b>	<b>177</b>	<b>4.0000</b>	<b>339.5</b>
<b>D3</b>	<b>177</b>	<b>4.000</b>	<b>356.0</b>

## **NORMAS ADOTADAS**

Normas para elaboração do Trabalho de Conclusão do Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde, da Universidade do Vale do Sapucaí. Pouso Alegre – MG. Disponível no endereço eletrônico: <http://www.univas.edu.br/mpcas/docs/normas.pdf>