



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NUCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZONICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA

REGINA CÉLIA RIBEIRO BASTOS

PESQUISA DE CULTURA NA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO
PARÁ COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO

Belém
2022

REGINA CÉLIA RIBEIRO BASTOS

PESQUISA DE CULTURA NA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO
PARÁ COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública, do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

Área de concentração: Gestão Pública do Desenvolvimento.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ponciana Freire de Aguiar

Belém
2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

B327p

Bastos, Regina Célia Ribeiro

Pesquisa de cultura na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará como instrumento de gestão / Regina Célia Ribeiro Bastos. — 2022.
90 f. : il. ; 30 cm

Orientadora: Ponciana Freire de Aguiar

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública, Belém, 2022.

1. Cultura organizacional - Estudo de casos - Belém (PA). 2. Cultura de segurança. 3. Gestão hospitalar. 4. Segurança do paciente. I. Título.

CDD 22. ed. – 352.6098115

Elaborado por Maria do Socorro Barbsosa Albuquerque – CRB-2/871

REGINA CÉLIA RIBEIRO BASTOS

PESQUISA DE CULTURA NA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO
PARÁ COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública, do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

Área de concentração: Gestão Pública do Desenvolvimento.

Aprovada em: 27 de maio de 2022

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Ponciana Freire de Aguiar
Orientadora – NAEA/UFPA

Prof^o Dr. Hishakana Pahoona Corbin
Examinador interno – NAEA/UFPA

Prof^a Dr.^a Silvia Ferreira Nunes
Examinadora externa – Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

A todos aqueles que dedicam a vida ao próximo e aos que escolheram fazer isso na instituição em que eu nasci, a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, meu profundo respeito e agradecimento.

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento deste trabalho foi impactado de forma irremediável pelo enfrentamento da Pandemia de Covid-19 em um hospital público de referência, principalmente nos anos de 2020 e 2021. Ainda que o intervalo de tempo retratado no estudo não esteja relacionado com o que aconteceu nesses anos que sobrevivemos, o desenvolvimento anterior da cultura de segurança na FSCMP foi primordial e posto à prova nesse período em todos os sentidos, para que pudéssemos demonstrar a nossa missão, visão e valores, ainda que na adversidade. Nos momentos mais difíceis da vida pessoal e profissional, que acabaram se aglutinando, principalmente no caso de profissionais de saúde, os propósitos foram testados de maneira insólita. Por tudo que lutamos e construímos em meio a dor e perplexidade, agradeço às pessoas cujas contribuições foram essenciais ao longo da realização deste estudo:

- A Deus, em primeiro lugar, por sua presença palpável, pelo caminho que se abre iluminado, guiado pelo amor e fé;
- À minha orientadora Dr^a Ponciana Freire, o meu agradecimento pela compreensão e generosa liberdade de atuação que me outorgou, ainda que direcionada por sua mentoria em cada passo. Muito respeito e estima a você. Obrigada pela confiança;
- À toda a equipe da Assessoria de Gestão da Qualidade e Segurança (AGQS) da FSCMP, pela oferta dos preciosos dados, auxílio nas análises de tantos números e estímulo irrestrito;
- À equipe da Gerência de Pesquisa da FSCMP, por seu precioso e incansável apoio e orientação nos intrincados trâmites da pesquisa;
- À Coordenação do Programa de Pós-graduação em Gestão Pública (PPGGP) do Núcleo dos Altos Estudos Amazônicos (NAEA) da UFPA, em particular ao Professor Adagenor Monteiro, por sua positiva inspiração como mestre e servidor público;
- Aos colegas de turma do PPGGP 2019, pelo companheirismo e otimismo no árduo caminho;
- Ao meu amado esposo André a quem dedico todo esse trabalho e aos meus filhos, pelo apoio e compreensão da minha ausência e certeza que da minha busca pela felicidade de todos nós;
- Ao meu falecido Pai Eduardo e mãe Joana, que na minha criação suscitaram a determinação para ir além.

*“Uns confiam em carros e outros em cavalos,
mas nós faremos menção do nome do Senhor Deus”*

(Salmos 20:7)

RESUMO

O interesse das lideranças e gestores pela cultura de segurança institucional aumentou em meados do século XX, quando os estudos indicaram a possibilidade de gerenciar seus aspectos e aumentar o desempenho das organizações, frente aos avanços tecnológicos e a globalização dos recursos. Nos serviços de saúde a cultura organizacional é considerada como um indicador de qualidade da assistência prestada e da segurança do paciente. O estudo objetivou analisar e comparar a Cultura de Segurança de um hospital público, para verificar como e o quanto esta cultura se desenvolveu ao longo de 4 anos consecutivos. Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa, que utilizou como estratégia a pesquisa documental. Os documentos utilizados foram os resultados disponibilizados das Pesquisas de Cultura de Segurança do Paciente, realizadas de 2016 a 2019, cujos dados são institucionais e estão armazenados na Assessoria de Gestão da Qualidade e Segurança (AGQS) do hospital referido. O resultado destas pesquisas de cultura é o produto da aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, sendo ele um instrumento validado desde 2004 para avaliação da cultura nos serviços de saúde pela *Agency Healthcare Research and Quality (AHRQ)*. Foram reunidas as principais características dos respondentes, na maioria trabalhadores concursados da área assistencial, do sexo feminino, pertencentes a equipe de enfermagem. A Cultura de Segurança na instituição mostrou-se ao longo de quatro anos neutra com tendência a fragilidade, porém com vários aspectos com tendência positiva. Foi evidenciado que as ações relacionadas a qualidade dos processos assistenciais e a segurança do paciente devem ser intensificadas de modo que aumentem a percepção dos funcionários acerca da segurança praticada e tornem-se mais efetivamente parte da cultura institucional.

Palavras-chave: cultura; cultura organizacional; segurança do paciente; qualidade em saúde; liderança; gestão hospitalar.

ABSTRACT

The interest of leaders and managers in the culture of institutional security increased in the mid-twentieth century, when studies indicated the possibility of managing its aspects and increasing the performance of organizations, in the face of technological advances and the globalization of resources. In health services, organizational culture is considered an indicator of the quality of care provided and patient safety. The study aimed to analyze and compare the Safety Culture of a public hospital, to verify how and how much this culture has developed over 4 consecutive years. This is an exploratory study of a qualitative nature, which used documental research as a strategy. The documents used were the results available from the Patient Safety Culture Survey, carried out from 2016 to 2019, whose data are stored in the Quality and Safety Management Advisory (AGQS) of the aforementioned hospital. The result of these culture surveys is the product of the application of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) questionnaire, which is an instrument validated since 2004 to assess culture in health services by the Agency Healthcare Research and Quality (AHRQ). The main characteristics of the respondents were gathered, most of them female workers in the public service area, belonging to the nursing team. The Safety Culture in the institution was shown to be neutral over four years with a tendency to fragility, but with several aspects with a positive trend. It was evidenced that the actions related to the quality of care processes and patient safety should be intensified so that they increase the employees' perception of the safety practiced and become more effectively part of the institutional culture.

Keywords: culture; organizational culture; patient safety; health quality; leadership; hospital management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Modelo de Queijo Suíço para análise de riscos e falhas	29
Figura 2 -	Dimensões da Cultura de Segurança	37
Tabela 1 -	Número de profissionais respondentes das PCS da FSCMP de 2016 a 2019	46
Tabela 2 -	Perfil dos profissionais respondentes da PCS da FSCMP de 2016 a 2019 quanto ao gênero	46
Tabela 3 -	Números de profissionais respondentes das PCS da FSCMP nos anos de 2016 a 2019	47
Tabela 4 -	Perfil dos profissionais respondentes das PCS da FSCMP relacionado ao grau de instrução	48
Tabela 5 -	Relação idade e tempo de serviço dos profissionais respondentes da PCS da FSCMP de 2016 a 2019	49
Quadro 1 -	Parâmetros numéricos para análise de resultado de PCS conforme a AHRQ	50
Tabela 6 -	Dimensão I: Expectativa e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes	51
Tabela 7 -	Dimensão II: Aprendizado organizacional - Melhoria contínua	53
Tabela 8 -	Dimensão VIII: Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	54
Tabela 9 -	Dimensão XI: Percepção geral da segurança do paciente	55
Gráfico 1 -	Relação do Percentual de Cultura e Percepção de Segurança do Paciente	56
Gráfico 2 -	Análise Geral da Cultura de Segurança (2016-2019)	57
Tabela 10 -	Pontos Positivos e Neutros com Tendência de Positividade	58
Tabela 11 -	Pontos Frágeis e Neutros com Tendência a Fragilidade	61
Gráfico 3 -	Avaliação da Segurança do Paciente de acordo com a nota dada pelo servidor	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGQS	Assessoria de Gestão da Qualidade e Segurança
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CS	Cultura de Segurança
EA	Eventos Adversos
EUA	Estados Unidos da América
FSCMP	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
HMPS	<i>The Harvard Medical Practice Study</i>
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
IHI	<i>Institute for Healthy Improvement</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
ISMP	<i>Institute for Safe Medication Practices</i>
MS	Ministério da Saúde
NPSA	<i>National Patient Safety Agency</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NHS	National Health of Service
OAC	Organizações de Alta Confiabilidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCS	Pesquisa de Cultura de Segurança
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Contexto	13
1.2	Justificativa	15
1.3	Problema	17
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo geral	19
2.2	Objetivos específicos	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1	A Cultura Organizacional	20
3.2	A Cultura de Segurança em Organizações de Saúde	23
3.3	A Segurança do Paciente no Brasil e no Mundo	25
3.4	O Impacto Econômico da Segurança do Paciente e da Cultura de Segurança em Serviços de Saúde	33
3.5	A avaliação de cultura de segurança do paciente	34
<i>3.5.1</i>	<i>A Ferramenta do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)</i> .	35
4	METODOLOGIA	39
4.1	Quanto aos Objetivos da Pesquisa	39
4.2	Quanto a Natureza da Pesquisa	40
4.3	Quanto à Escolha do Objeto de Estudo	41
4.4	Quanto à Técnica de Coleta de Dados	41
4.5	Análise de Dados	42
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	45
5.1	Perfil e Características dos Respondentes da PCS	45
<i>5.1.1</i>	<i>PCS quanto ao número de respondentes</i>	45
<i>5.1.2</i>	<i>PCS quanto ao gênero do respondente</i>	46
<i>5.1.3</i>	<i>PCS quanto a categoria profissional do respondente</i>	47
<i>5.1.4</i>	<i>PCS quanto ao grau de instrução do respondente</i>	47
<i>5.1.5</i>	<i>PCS quanto a idade e tempo de serviço</i>	48
5.2	Análise das Dimensões Culturais	50
<i>5.2.1</i>	<i>Dimensão I: Expectativa e ações de promoção de segurança dos supervisores gerentes</i>	51
<i>5.2.2</i>	<i>Dimensão II: Aprendizado organizacional - Melhoria contínua</i>	52

5.2.3	<i>Dimensão VIII: Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente</i>	53
5.2.4	<i>Dimensão XI: Percepção Geral da Segurança do Paciente</i>	55
5.2.5	<i>Percentual de Cultura de Segurança</i>	56
5.3	Análise Geral da Cultura de Segurança (2016-2019)	56
5.3.1	<i>Fortalezas Culturais Evidenciadas na PCS (2016 – 2019)</i>	58
5.3.2	<i>Fragilidades Culturais da FSCMP evidenciados na PCS (2016-2019)</i>	60
5.3.3	<i>Nota Atribuída pelo Servidor para a Segurança do Paciente na FSCMP.</i>	61
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
6.1	Intervenções sugeridas	65
	REFERÊNCIAS	68
	ANEXOS	75
	APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)	76
	APÊNDICE B – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	77
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO CEPE/FSCMP	78
	ANEXO B - TAXONOMIA EM SEGURANÇA DO PACIENTE-OMS	83
	ANEXO C- PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS (HSOPSC)	86

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contexto

A cultura de segurança (CS) organizacional em instituições de saúde é considerada como um indicador da qualidade da assistência prestada e da segurança do paciente e um desafio para a gestão das organizações hospitalares. De fato, ao se avaliar os aspectos culturais da segurança do paciente pode-se fornecer informações aos gestores que evidenciem oportunidades de melhoria dos processos de trabalho, e que facilitem o planejamento e a tomada de decisão.

Desde o ano de 2016 até 2019 a Pesquisa de Cultura de Segurança (PCS) é realizada anualmente na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP) com o objetivo de avaliar a adesão dos servidores à segurança do paciente. Este estudo visa analisar o desenvolvimento da CS organizacional a partir do resultado dessas pesquisas anteriormente realizadas, conforme estabelecido no Planejamento Estratégico desta instituição, que considerou como um dos seus objetivos assegurar padrões elevados de qualidade e segurança nos processos organizacionais, em consonância com a política do Sistema Único de Saúde (SUS) (PARÁ, 2018).

O estudo de Minui, Salum e Locks (2016) reflete sobre a importância da segurança do paciente na prestação de serviços de saúde e seu papel desafiante frente ao aperfeiçoamento da qualidade na assistência, no momento de grandes avanços tecnológicos e busca por eficiência e menos custos. Os gestores têm sido motivados a avaliar a CS de instituições de saúde, para gerenciar as percepções dos trabalhadores da assistenciais relacionadas a segurança do paciente.

A Segurança do Paciente, de acordo com a portaria ministerial nº 529 de 1º de abril de 2013, foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como: “a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”. Essa temática tornou-se destaque e preocupação mundial quando o estudo publicado no livro “Errar é Humano” em 1999 revelou que cerca de 100 mil pessoas morreram por ano nos EUA em hospitais, vítimas de incidentes ligados ao cuidado (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A informação oficializou para profissionais, gestores e organizações de saúde sobre a frequência com que pacientes sofrem danos físicos, psicológicos e até mesmo o óbito, provenientes do cuidado assistencial. Ademais, exhibe o fato de que os mesmos eram na sua maioria eventos evitáveis, sem relação com as suas doenças de base, mais ligados ao processo de trabalho, que ao indivíduo que assistiu ao paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem regulado a segurança do paciente no Brasil através de resoluções e portarias. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 de 25 de julho de 2013 define a CS como “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”.

Dessa maneira, o aumento da CS foi reconhecido como um dos princípios da gestão da qualidade e segurança do paciente, que realmente gera impacto positivo nos resultados das organizações de saúde. Uma cultura positiva é imprescindível para se desenvolver qualquer tipo de programa de segurança que vise o aprendizado e o aprimoramento organizacional (CARVALHO *et al.*, 2017).

Motta e Gomes (2019) analisaram a interação entre a cultura nacional e a organizacional, modelos e conceitos relacionados. Eles concluíram, como diversos autores, que a cultura é como um complexo padrão de comportamentos, hábitos sociais, significados, crenças, normas e valores selecionados historicamente, transmitidos coletivamente, e que constituem o modo de vida e as realizações características de um grupo humano. É um padrão social e coletivo de uniformidade ao agir e pensar em um grupo ao longo do tempo e da história.

De modo geral, a avaliação da CS nas organizações de saúde tem por propósito identificar a percepção do profissional acerca da segurança do paciente, diagnosticar e avaliar os pontos fortes e fracos ou passíveis de melhoria, além de realizar comparações internas e externas entre instituições (SOUZA, 2019).

De acordo com o Relatório de Gestão 2019, a FSCMP foi fundada em 24 de fevereiro de 1650, sendo um hospital público estadual, da administração indireta, possuindo atualmente 486 leitos distribuídos nas especialidades de Tocoginecologia, Pediatria, Neonatologia, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Nefro pediatria, Transplante Renal Infantil e suporte ambulatorial dessas e de outras especialidades. Além disso, atua em ações assistenciais de média e alta complexidade, sendo referência materno infantil para o estado do Pará.

Suas certificações incluem, entre outras, ser um Hospital de Ensino desde 2004, integrando o Ensino, a Pesquisa e a Extensão, como cenário de prática de várias instituições públicas e privadas, com seus 12 cursos de residência médica, 01 curso de residência multiprofissional e 01 curso de mestrado profissional. É um Hospital Amigo da Criança desde 1998 e acreditado ONA nível I desde 2016 e acreditado pleno ONA nível II em Políticas de Qualidade e Segurança do Paciente desde dezembro de 2018.

O quadro funcional da FSCMP contava em 2019 com o total de 2.656 funcionários entre concursados, temporários, estatutários não estáveis, cedidos e estatutários permanentes (PARÁ, 2019). É a mais antiga instituição de saúde do Norte do Brasil e a maior maternidade Neonatal desta região.

As PCS realizadas na FSCMP foram conduzidas pela Assessoria de Gestão da Qualidade e Segurança (AGQS). Esse é o setor responsável pelo monitoramento e otimização dos processos internos na Santa Casa desde 2006. Dentre suas principais atribuições estão as auditorias dos Protocolos de Segurança, as interações de processo, a Gestão de documentos, Gestão por resultados (monitoramento de indicadores), a investigação e tratativa de incidentes ligados ao cuidado, acompanhamento de comissões hospitalares obrigatórias e também o processo de acreditação hospitalar. É um setor com característica multidisciplinar, que possui uma equipe composta na sua maioria por enfermeiros, mas também eventualmente, por estatístico, psicólogo, médico e especialista da Tecnologia de Informação. É também campo de estágio para cursos de ensino superior, sendo uma assessoria da presidência da FSCMP.

A AGQS conduz desde 2016 a realização da Pesquisa de CS na FSCMP, por meio da aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Esse questionário (Anexo C) foi criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos em 2004, para avaliar a cultura organizacional de instituições de saúde de maneira geral e setorial. Esta análise pode demonstrar especificamente para a gestão, quais as áreas que necessitam de mais esforços e investimentos, onde se encontram as principais oportunidades de melhoria e quais os setores que apresentam a CS mais consolidada (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016).

Desse modo, a melhoria da cultura da segurança do paciente tem sido identificada como uma das principais recomendações para promover a segurança nos serviços de saúde.

1.2 Justificativa

Apesar do enunciado no tradicional juramento de Hipócrates para profissionais da saúde: “primeiro não causar dano”, os pacientes são prejudicados diariamente, em todo o mundo, durante o cuidado assistencial. Com o resultado de vários estudos que seguem a mesma tendência do livro “Errar é Humano” de Kohn, Corrigan e Donaldson (2000), é possível afirmar que os incidentes envolvendo dano ao paciente ocorrem em índices alarmantes.

Estimativas de países desenvolvidos indicam que pelo menos um em cada dez pacientes que recebem cuidados assistenciais hospitalares, sofrem danos físicos ou psicológicos decorrentes dos mesmos, incluindo o óbito. Os erros nas organizações de saúde são uma das principais causas de morte nos Estados Unidos (WHO, 2008).

Em 2002 a Organização Pan-americana de Saúde concluiu na 55ª Assembleia Mundial de Saúde que para se conhecer e mitigar os incidentes que podem ocorrer durante a prestação do cuidado, é imprescindível a disseminação de uma CS nos serviços de saúde. Esta sustentará as medidas de melhoria e prevenção de danos propostas pela gestão e diminuirá os altos custos para os sistemas prestadores de saúde, provocados pela não realização de procedimentos, repetição de exames e solicitação desnecessária de outros, aumento dos dias de internação hospitalar e aumento da exposição do paciente a outros riscos que impactam negativamente na qualidade da atenção à saúde (WHO, 2008).

A motivação deste trabalho decorreu da necessidade setorial de dar tratamento e finalidade aos dados coletados e agrupados desde 2016 até 2019 pela AGQS e da convicção que o resultado desta análise poderia contribuir para a gestão da FSCMP em qualquer momento.

A pesquisadora é enfermeira especialista em obstetrícia formada há 21 anos pela Universidade Federal do Pará. É concursada na FSCMP há 16 anos, onde atuou até 2013 na assistência e após esse ano na gestão. Em 2014, especializou-se também em Qualidade e Segurança do Paciente, sendo lotada na Assessoria de Gestão de Risco (ASGR) e posteriormente em 2016 na Assessoria de Gestão da Qualidade e Segurança (AGQS). Como uma forma de entender as transformações culturais que a gestão direciona na prática assistencial e como essa cultura se comporta ao longo do tempo, a pesquisadora resolveu analisar o desenvolvimento da cultura de segurança na FSCMP, comparando dados já disponíveis, que não haviam sido considerados no contexto de uma abordagem cultural.

O aumento da segurança nas instituições de saúde pode ter associação direta com a diminuição dos incidentes ligados ao cuidado e das taxas de mortalidade, implicando no aumento da qualidade da assistência à saúde. Por isso, avaliar a Cultura de Segurança de uma organização de saúde como a FSCMP e analisar como ela se desenvolve em um período determinado é relevante para se conhecer o nível de comprometimento dos membros desta organização, relacionados aos objetivos estratégicos desta.

Como consequência, cresce o reconhecimento de gestores da saúde sobre a importância da segurança do paciente e sobre a necessidade de se buscar melhorias nos sistemas de prestação de cuidados de saúde, voltadas à prevenção de erros, ao aprendizado a partir dos

eventos adversos ocorridos, e para a promoção de uma cultura de segurança que envolva os profissionais de saúde e a organização como um todo.

O estudo de Silva *et al.* (2017) identificou a necessidade da realização e publicação de mais pesquisas sobre a cultura de segurança para que se promova o planejamento necessário para sua disseminação de maneira positiva na assistência à saúde. A informação obtida dessas análises deve ser considerada como um instrumento da gestão para as oportunidades de melhoria dos aspectos organizacionais das instituições de saúde (MOTA, 2018).

1.3 Problema

Quando a segurança do paciente é deficiente, para Bohomol (2019), os efeitos dos danos causados pelo cuidado em saúde recaem primeiramente nos pacientes, que quando não evoluem para o óbito, são expostos a maior número de intervenções (aumentando o custo com a assistência) e passam por incalculáveis sofrimentos psicológicos, juntamente a sua família. Este autor discorre também sobre o efeito devastador nos profissionais de saúde que estiveram envolvidos em incidentes que causaram danos ao paciente, considerando-os como a “segunda vítima” nessa questão, pois sofrem ao falhar no exercício de sua prática de assistir. Em caso de eventos com dano ocorre a perda da confiança da sociedade nas relações com os profissionais de saúde e com a instituição envolvida.

Para Mota (2018), as organizações com uma consistente Cultura de Segurança são caracterizadas pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela percepção comum da importância de se prestar um cuidado seguro e pela confiança na efetividade de medidas preventivas de incidentes ligados ao cuidado. À vista disso, a questão provocadora e norte do presente estudo é de que há possibilidade de existir desenvolvimento da cultura de segurança em um espaço de tempo considerado na FSCMP. A instituição foi avaliada por quatro anos consecutivos (2016 a 2019) em uma pesquisa de cultura e ainda não se tem uma análise comparativa do período, sendo esse fato considerado problemático pelo potencial de informação que esse tipo de pesquisa revela sobre a cultura organizacional.

O aumento da cultura de segurança em organizações de saúde está relacionado a investimentos na área da segurança do paciente, na disseminação de hábitos seguros e na prestação de assistência com qualidade. As ações e estratégias para apoiar a segurança devem ser percebidas pelos integrantes das instituições de saúde, repassadas a membros novos e resistir a momentos de crises internas e externas. Ainda que a cultura de segurança seja frequentemente

avaliada, é interessante analisar seu desenvolvimento ao longo de um período de tempo, sendo problemático não o fazer, haja vista que os dados resultantes das PCS disponíveis, quando analisados forneceriam informações gerenciáveis que podem direcionar a gestão.

A análise pretendida com esse estudo permite conhecer o desenvolvimento da cultura de segurança da FSCMP, seus pontos positivos e negativos. Ademais, fornece informações para os envolvidos no estudo e membros da organização e ainda munifica a gestão de subsídios para a definição e revisão das estratégias e metas para promoção e fortalecimento da CS, de maneira direcionada, para possibilitar a melhoria na qualidade e na segurança do cuidado em saúde prestado aos pacientes assistidos no hospital em questão (MOTA, 2018).

Assegurar padrões elevados de qualidade e segurança nos processos organizacionais é um dos objetivos estratégicos da FSCMP propostos para o quadriênio de 2016 a 2019 no Planejamento Estratégico da FSCMP. Comparar o resultado da PCS realizada durante esse período pode demonstrar se a instituição alcançou ou não o desenvolvimento da cultura organizacional pretendida, se esse desenvolvimento foi contínuo, quais as principais potencialidades e fragilidades da FSCMP com relação ao comportamento seguro dos seus membros e onde a gestão deve investir para disseminar e consolidar a CS. Desse modo, é importante saber se houve e como se desenvolveu a CS na FSCMP durante o período de 2016 a 2019, considerando que este é um dos objetivos estratégicos dessa instituição de saúde.

Portanto, a principal questão que remete ao problema da pesquisa é a necessidade de saber se houve um desenvolvimento da CS eficiente na FSCMP, evidenciado no resultado consecutivo de 04 anos de Pesquisa de Cultura.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o desenvolvimento da CS do Paciente na FSCMP a partir do resultado das pesquisas de cultura realizadas durante os anos de 2016 até 2019.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a evolução das potencialidades e fragilidades da CS na FSCMP a partir do resultado das pesquisas de cultura realizadas durante os anos de 2016 até 2019;
- Analisar os principais riscos para a segurança do paciente, evidenciados a partir das pesquisas de cultura realizadas no período citado;
- Avaliar a eficácia das ações de promoção da CS implantadas através da comparação dos resultados obtidos nas pesquisas de cultura realizadas durante os anos de 2016 até 2019.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para a melhor compreensão deste estudo o referencial teórico foi dividido para apresentar a Cultura Organizacional e a Cultura de Segurança em organizações de saúde, e para esclarecer de que maneira a Segurança do Paciente é considerada como um fator cultural importante a ser desenvolvido em instituições de saúde. Em seguimento a cronologia da Segurança do Paciente no Brasil e no Mundo é apresentada, sendo discutido o impacto econômico da relação entre segurança e cultura em serviços de saúde e se apresentando de que maneira a sua avaliação é tida como fator de qualidade na saúde. Para entendimento das terminologias adotadas foi disponibilizado uma taxonomia em segurança do paciente baseada nos termos usados pela OMS no Anexo B deste trabalho.

3.1 A Cultura Organizacional

Johann *et al.* (2016) definem cultura como um sistema de valores, crenças e costumes, normas compartilhadas por um grupo de pessoas ou pelas pessoas que compõem uma organização, que apresentam uma identidade em comum e uma maneira padrão de agir, sentir e agir sistemático e repetitivo. Este conceito inclui as diversas organizações e o modo coletivo e padronizado de agir e de se comportar de seus componentes.

O conceito anterior foi amplamente discutido baseado nos estudos antropológicos de Edward Burnett Tylor, que foi o primeiro a formalizar o conceito de cultura em 1871, em sua obra *Cultura Primitiva*. Desde então serviu de ponto de partida para a concordância ou discordância de diversos autores, destacando a importância de características como a espiritualidade, aptidões e hábitos adquiridos, que repassados naturalmente para outras gerações são determinantes para caracterizar um grupo social.

Esses conceitos evoluíram com discursões entre os estudiosos até que se fez a relação com a cultura organizacional, sem que fosse desvinculado o conceito antropológico. Vieira e Pereira (2020) concluem que não há como conceitualizar cultura, sem considerar seu caráter antropológico.

Fonseca *et al.* (2017) afirmam que o primeiro pesquisador a relacionar o termo cultura com as organizações foi Elliot Jaques, em 1951 na Inglaterra com o objetivo de explicar a cultura em fábricas. No entanto o termo não foi alvo de muito interesse de pesquisa até ressurgir em 1979 com Pettigrew. O interesse por parte de estudiosos foi reforçado por gestores que desejavam entender a dinâmica e especificidades da cultura organizacional.

A cultura organizacional pode assumir uma característica coletiva que determina a competência organizacional, pois, segundo Johann *et al.* (2016), é o conjunto de suposições básicas validadas pelos membros das organizações, que orientam o jeito de ver o negócio, pensar, sentir, e reagir aos fatores de influência internos e externos, como por exemplo os fatores culturais nacionais. A cultura organizacional depende da confiança exercida pelos membros nas crenças básicas da organização, da influência e surgimento de novas lideranças quando alguma mudança exerce conflito sobre a organização, podendo inclusive suplantar o individualismo, se este for presente.

Os avanços tecnológicos e a globalização mundial de recursos e mercados podem modificar de modo direto e indireto as organizações, submetendo-as a grandes transformações em um ritmo acelerado, impactando dessa maneira na cultura organizacional. Para Oliveira, Oliveira e Lima (2016), essas transformações são profundas, fazem parte do mundo moderno e impõem aos gestores a discussão sobre os aspectos que envolvem a cultura organizacional pública e privada, para que eles acompanhem e se beneficiem das mudanças. Os autores afirmam que, em Chicago, um estudo desenvolvido na fábrica de Hawthorne culminou em 1930 com uma das primeiras pesquisas que buscava entender as organizações em termos culturais.

No estudo de Hawthorne concluiu-se que para os funcionários, o mais importante que somente o reconhecimento financeiro, era o reconhecimento social e o pertencimento a um grupo. Estes aspectos influenciavam mais na produtividade que os aspectos ambientais e financeiros. (CERIBELI; LIMA, 2018).

Em Souza (2019), encontram-se sete características citadas em diversos estudos sobre Cultura Organizacional: É um fenômeno abstrato e de difícil definição e operacionalização; é relativamente estável ao longo do tempo; é multidimensional; é compartilhada por grupos de pessoas; pode conter vários aspectos coexistentes da organização; leva a práticas ostensivas; atende a uma proposta funcional.

A cultura organizacional é, ao longo do tempo, a identidade prática e funcional das instituições, difundida entre os membros através da repetição as vezes inconsciente de comportamentos testados e aprovados, nos quais as pessoas têm confiança e que fazem parte do cotidiano da organização.

Motta e Gomes (2019) ressaltam que o interesse nos aspectos culturais das organizações aumentou em meados do século XX, com o sucesso das empresas japonesas, a busca pela eficácia e eficiência e pela possibilidade de gerenciar os aspectos culturais, e com isso galgar maior desempenho frente à competitividade moderna. Por isso, a gestão

organizacional passou a ser foco da Teoria administrativa como objeto de estudo, principalmente no final dos anos 70 e início os anos 80. O autor ressalta que o conhecimento dos traços culturais organizacionais por parte dos gestores é também um fator de sobrevivência diante das mudanças ocorridas na atualidade, pois os aspectos culturais tornam-se cada vez mais relevantes para a Gestão Organizacional.

De acordo com Schein (2004) em sua perspectiva cultural, independente da organização, toda cultura apresenta-se em três níveis: artefatos, valores compartilhados e pressupostos básicos. Um gestor pode, portanto, gerenciar a cultura organizacional, apropriando-se da possibilidade esquemática desta divisão que aumenta a capacidade de potencializar estes níveis e capacita para tornar a organização mais competitiva e estável.

O nível de artefatos diz respeito ao que se pode facilmente observar, a experiência sensorial que se tem ao avaliar inicialmente um grupo ou uma cultura até então desconhecida, sem que se tenha a interpretação completa do que se está observando a partir da avaliação inicial. Inclui o que pode ser relacionado ao grupo ao ser percebido pelos órgãos dos sentidos como a arquitetura do ambiente físico, o modo de falar, incluindo os idiomas e a linguagem, a vestimenta, a expressão artística, o folclore, a religião, os produtos e tecnologias. No nível organizacional inclui ainda as descrições formais de como a organização funciona e organogramas (SCHEIN, 2004).

O segundo nível de valores compartilhados, diz respeito as crenças e valores que a organização partilha. Se estas se mostrarem confiáveis são repassadas e replicadas pelo grupo, chegando então ao terceiro nível, que é o de pressupostos básicos. Estes são tidos como verdade absoluta na organização, de difícil alteração, mesmo quando é necessário o gerenciamento destes para garantir o cumprimento dos objetivos da organização. Ramos, Guimarães e Lara (2019) afirma que o confrontar de um pressuposto no terceiro nível pode desestabilizar a organização, sendo o processo de aprender algo novo essencialmente uma mudança gradual cognitiva. Deste modo, o papel das lideranças é muito importante quando se deseja gerenciar os valores pressupostos e a cultura organizacional em si.

Souza (2019) também cita os estudos de Schein sobre a cultura organizacional, porém adotou os estudos de Hudson (2003) e dos seus cinco estágios de maturidade da CS, como uma maneira de compreender como a cultura é vista pela sua evolução dentro de uma organização de saúde. No nível mais inferior, o patológico, a insegurança dos processos é vista como algo que os servidores operacionais causam por não colaborarem com a gestão. O nível reativo adota medidas correccionais somente após os incidentes terem ocorrido. No nível calculado a gerência

da instituição começa a considerar a segurança, de um jeito não resolutiva, principalmente para o recolhimento de dados. No nível proativo a participação de vários membros da organização em todas as questões envolvendo segurança culmina com último nível, o Nível de cultura participativa. Neste nível encontra-se o mais alto grau de confiança na gestão e nas medidas em prol da CS.

A Organização Mundial de Saúde alerta que o ambiente organizacional hospitalar possui inúmeros aspectos culturais que podem impactar na segurança do paciente. (WHO, 2008). Esses aspectos serão discutidos no próximo item, localizando os aspectos culturais nas instituições de saúde.

3.2 A Cultura de Segurança em Organizações de Saúde

De acordo com Souza (2019), os aspectos culturais são imprescindíveis em qualquer tipo de análise e prática organizacional, por isso desde a década de 80 os estudos desse tema são frequentes, sendo incorporados à teoria das organizações, às análises administrativas e ao cotidiano das empresas. Como consequência da busca pela eficiência organizacional há o crescente interesse na área da saúde pelo uso de diferentes ferramentas de avaliação que incidem sobre os aspectos culturais da segurança do paciente (s). Estes instrumentos de pesquisa destinam-se a fornecer informações aos gestores das organizações de saúde, sobre as percepções dos profissionais e as práticas organizacionais, com o intuito de gerar consciência sobre a segurança do paciente e motivar a gestão a agir em áreas que necessitem de melhorias.

Em 1993, a *Health and Safety Commission* conceituou cultura de segurança como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e grupais, que determinam o estilo, a proficiência e o compromisso da gestão de uma organização saudável e segura. Quando esta CS fosse positiva a organização seria caracterizada pela comunicação baseada em confiança, pela crença coletiva da importância da segurança e da efetividade de medidas preventivas (MOTA, 2018).

Schein (2004) estratifica os níveis de cultura organizacional e no caso de instituições de saúde considera que a CS está relacionada com as atitudes superficiais das pessoas que trabalham na organização (nível superficial ou externo), pode estar relacionada com atitudes conscientes e passíveis de serem imitadas (nível intermediário) e em um nível mais profundo, o chamado núcleo da organização onde as atitudes são convictas, reproduzem os valores e objetivos organizacionais. Assim, demonstram para a gestão a necessidade de trabalhar e influenciar em cada nível as atitudes que podem comprometer a segurança do paciente.

No entanto, o desenvolvimento da CS é algo recente em organizações hospitalares. A discussão sobre essa temática teve seu início com a ocorrência de grandes desastres como o acidente nuclear de Chernobyl em 1986, o incêndio na estação de trem King Cross (1987) e a explosão da plataforma Piper Alpha (1988). Nesses casos a pouca ou fraca CS foi apontada como causa e passou a ser foco de melhoria de diversas instituições que visavam obter confiabilidade, diminuir o risco de suas operações e alcançar a qualidade em seu funcionamento (SOUZA, 2019).

A busca pela qualidade tem origem nos setores de alto risco como a Aviação, as Usinas Nucleares e as Industrias Bélicas, que iniciaram o tratamento ou gerenciamento dos seus riscos de ocorrência de incidentes com a finalidade de impor barreiras preventivas eficientes, através dos métodos e conceitos desenvolvidos pela Teoria da Melhoria Contínua da Qualidade. (ZERBIELLI *et al.*, 2018).

Esses princípios foram denominados na indústria de Qualidade Total. Os seus principais pesquisadores foram Edward Deming em 1950 e Joseph Juran em 1951, cujos conhecimentos para o melhoramento dos processos de trabalho foram aplicados no século XX pelo Japão depois da segunda guerra e posteriormente em outros países como os EUA, para a reconstrução da economia e da indústria.

Estes princípios foram introduzidos na saúde por Berwick em 1989 e Donabedian em 1980 (CALDAS, 2017). Para estes autores a falta de comunicação organizacional era a causa dos incidentes com dano em hospitais, sendo a melhoria dos processos de trabalho um meio importante de preveni-los.

Conforme Wegner *et al.* (2016), uma instituição de saúde hospitalar pode agregar questões culturais importantes que influenciam na prestação do cuidado seguro, como a hierarquização dos cargos, enaltecimento do profissional médico, foco na doença, culpabilidade e punição dos profissionais, ocultação das falhas assistenciais e apego a práticas inadequadas ou ultrapassadas. Esses aspectos são determinantes na cultura de segurança do paciente e podem ser gerenciados, visando aumentar a segurança do paciente.

O autor supracitado, atenta para a complexidade do ambiente hospitalar, relacionado a sua hierarquia, processos de trabalho, fluxos de atividades e procedimentos, e ainda a abundância de informação teórica, normas e diretrizes, bem como a velocidade de descobertas tecnológicas, exigência de habilidade técnica em procedimentos e ambiente onde se destacam diversas ferramentas complexas, produtos químicos e equipamentos. Tudo isso torna o hospital

propício a ocorrência de incidentes ligados ao cuidado assistencial, tornando-se necessário estratégias que assegurem e melhorem continuamente a qualidade dos serviços e a segurança do paciente.

O pensamento é reforçado por Souza (2019) quando aponta para a complexidade dos sistemas de saúde e opina sobre a maneira como ele é encarado. De acordo com o autor, as medidas clínicas e terapêuticas criadas para reduzir os erros nos sistemas de saúde são boas, porém não tem se mostrado efetivas quando os sistemas de saúde são tratados de maneira mecânica. Para ele os sistemas de saúde são complexos, e quando encarados deste jeito há a real perspectiva de melhora em sua segurança.

Assim, essas teorias indicam estudos que apontam o fortalecimento da cultura organizacional e da segurança do paciente como meio de tornar o sistema de saúde e o ambiente hospitalar mais seguro para usuários e funcionários. A segurança do paciente é atualmente uma preocupação mundial que une países e organizações, por seus aspectos sociais, éticos e também econômicos.

3.3 A Segurança do Paciente no Brasil e no Mundo

Ao vislumbrar a história da medicina observa-se a necessidade de se proporcionar segurança para o paciente e implicitamente, a possibilidade de causar dano a alguém durante a assistência à saúde. Hipócrates (460 a 377 a.C.) afirmava em seu juramento dedicado ao cuidar humano: “*Primum non nocere*”, que significa: em primeiro lugar não causar dano, demonstrando que o risco de causar dano é bem plausível no meio profissional de saúde. (SOUZA, 2019).

Gaita e Fontana (2018) citam a enfermeira Florence Nightingale (1820-1910), que indagava o quanto poderia soar estranho em um ambiente hospitalar o postulado do juramento de Hipócrates: “*Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém*”. Em 1854, durante a guerra da Criméia, ela observou a relação inversamente proporcional da ocorrência de mortes entre soldados feridos e a adoção de simples práticas de higiene como lavar as mãos antes dos procedimentos, sendo considerada, portanto, a percussora de várias práticas relacionadas ao cuidado seguro, ainda que estas não fossem adotadas com unanimidade.

Seu contemporâneo Ignaz Semmelweis (1818-1865) foi um médico húngaro, obstetra, que associou a higienização das mãos a diminuição da infecção puerperal no Hospital Geral de

Viena, fazendo correlação com a mortalidade que acontecia três vezes mais entre os partos realizados por cirurgiões obstetras e do que entre os realizados por parteiras, estas tinham o hábito de lavar as mãos. Essa descoberta, baseada na observação, não foi reconhecida na época, pois Louis Pasteur ainda não havia descoberto o mundo microscópico (CALDAS, 2017).

Retomando o pensamento de Florence Nightingale, embora seus escritos tenham sofrido críticas na época, ela publicou várias obras referentes a sua observação de que a estrutura e a organização dos hospitais poderiam influenciar no resultado do tratamento oferecido. Seus registros foram após 100 anos reforçados por Avedis Donabedian (1919-2000), considerado o “Pai da Qualidade”, quando propôs a Tríade “Estrutura, processo e resultado”. Ele publicou o estudo “Epidemiologia da qualidade”, e provou que os atributos estruturais podem resultar em indicadores da qualidade da assistência (SOUZA, 2019).

Em Mota (2018) encontramos que na década de 80, a pesquisa *The Harvard Medical Practice Study* (HMPS) evidenciou que 3,7% dos pacientes sofreram algum tipo de incidente enquanto estavam internados nos hospitais dos Estados Unidos no ano de 1984. Desses, 2,6% tiveram problemas que implicaram em lesão grave ou morte, sendo que o estudo se comprovou que os danos não estavam relacionados com as doenças de base e poderiam ter sido evitadas.

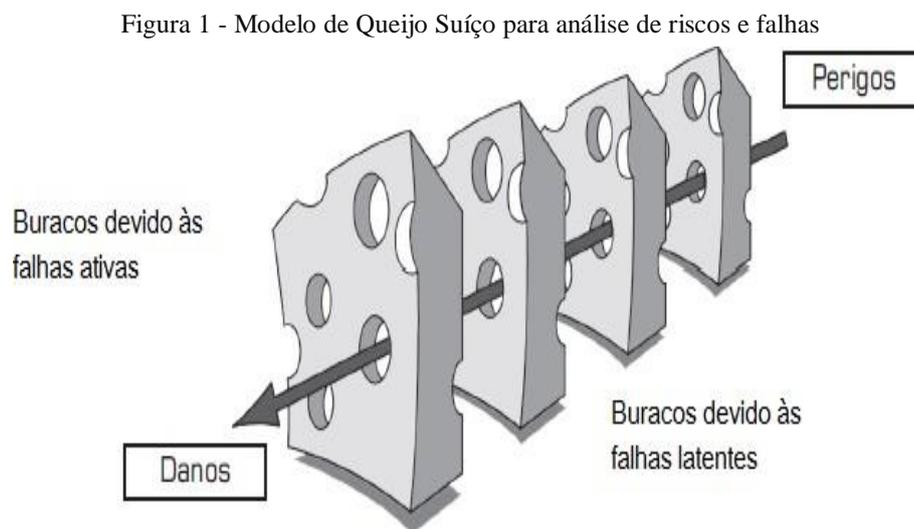
Esse estudo foi retrospectivo em mais de 30 mil processos clínicos/prontuários, sendo o mesmo aplicado em outros países, inclusive no Brasil, com resultados considerados semelhantes ainda que com variação de métodos. A partir desse estudo o termo Evento Adverso (EA) foi definido como: “dano não intencional, que resultou em incapacidade temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de internação, ou morte como consequência do cuidado prestado ao paciente”.

No que se refere ao Brasil, este como membro da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) iniciou a partir de 1980 a busca formal pelo aperfeiçoamento da assistência prestada ao paciente, visando a segurança recomendada pela OPAS. Em 1990, surgem no Brasil as iniciativas para a melhoria da qualidade e segurança, como a exemplo do que já era feito nos Estados Unidos, o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) para avaliar a satisfação do usuário com o serviço prestado considerando requisitos e padrões (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

Dentro de um sistema ou processo de trabalho, ao se avaliar a cultura de segurança de uma instituição de saúde, deve-se considerar os erros e falhas que somadas causaram danos ao paciente. Para James Reason, estudioso do gerenciamento de risco dos anos 90, as falhas ativas são atitudes inseguras cometidas por quem realiza uma ação ou presta assistência direta ao

paciente, ou seja, deslizos, lapsos, erros e falta de cumprimento de protocolos. As falhas latentes são institucionais. São decisões estratégicas que interferem no processo de trabalho que podem produzir efeitos adversos, gerando erros no local de trabalho. Um exemplo são as cobranças para terminar uma tarefa sem considerar a segurança. Tarefas exigidas em pouco tempo ou com menos executores, pouco investimento em infraestrutura e capacitação. Essas más decisões estratégicas podem perdurar na instituição, de forma latente, por muito tempo até que a combinação com uma falha ativa cause um incidente ligado ao cuidado.

O psicólogo e professor James Reason foi o proponente do modelo investigativo e explicativo de desastres “Queijo Suíço” em 1990, no qual as falhas ativas eram reforçadas por fragilidades latentes nos sistemas complexos das instituições; e envolviam além da cultura organizacional, também a infraestrutura, pressões inerentes dos processos de trabalho, gradientes excessivos de autoridade, fatores humanos e a ergonomia. Esses e outros fatores se encontravam de maneira circunstancial como causa de danos, que fatalmente aconteceriam, caso não houvesse barreiras que impedissem, como descrito na Figura 1.



Fonte: Adaptado de Reason (2000)

Os estudos desse autor foram amplamente empregados nas indústrias de risco e posteriormente adotados para os sistemas de saúde, análises investigativas de incidentes ligados ao cuidado e no gerenciamento de risco, ainda que não alcançassem muitos adeptos na época (VINCENT; RENE, 2016).

De acordo com Sousa *et al.* (2014), a maioria dos incidentes ligados ao cuidado mostrou-se evitável no estudo de Harvard em 1984, onde 3,7% dos pacientes sofreram algum tipo de lesão, incapacidade ou morte. Como os incidentes poderiam estar relacionados com

possibilidade de negligência médica, recomendou-se o estudo e a implementação de um plano de compensação para lesão causada pelo cuidado de saúde. Foi proposta, então, uma legislação para formalizar a questão, que apesar de ter sido ignorada na época, alavancou as pesquisas iniciais sobre erros na assistência, que não demoraram a concluir que, como nas indústrias de risco, as falhas poderiam ser reduzidas pelo redesenho do sistema de trabalho.

O mesmo autor considera histórico para a segurança do paciente o ano de 1995, quando repercutiu na mídia a divulgação de vários incidentes ligados ao cuidado de saúde, que vieram a incentivar o desenvolvimento de estudos e conferências onde foram decididas estratégias para a mitigação de erros; e a criação de organizações cujo interesse era a segurança.

No entanto, para a maioria dos especialistas o marco histórico para a segurança do Paciente deu-se com a publicação “*To err is human*” (KOHN *et al.*, 2000), do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA). Este documento foi realmente um marco para a segurança do paciente, pois evidenciou com alarde e comprovação científica para a sociedade que um alto número de eventos adversos evitáveis, resultantes da prestação de cuidados de saúde, acontecem nos serviços hospitalares e provavelmente continuariam a acontecer. Esses eventos causaram aproximadamente o custo de 17 a 29 bilhões de dólares por ano, em razão de gastos com cuidados adicionais, incapacidades, sequelas físicas e psicológicas em decorrência de incidentes ligados ao cuidado.

Outro marco histórico que ainda necessita ser explorado é a abordagem contra a culpabilização dos trabalhadores de saúde envolvidos em incidentes ligados ao cuidado e a percepção e o reconhecimento da existência de uma “segunda vítima”. De acordo com Tartaglia e Matos (2020) foi Albert Wu, no ano 2000, que primeiramente utilizou o termo “segunda vítima” para os profissionais de saúde envolvidos em danos aos pacientes. Esses trabalhadores eram vitimados com alterações psicológicas como culpa e vergonha, depressão e transtorno pós-traumático, podendo chegar até mesmo na ideação suicida por sofrimento causado a quem estava aos seus cuidados, sendo, portanto, uma vítima indireta. O paciente e seus familiares são impactados por esses incidentes, por isso foram intitulados como vítima direta ou a primeira vítima.

Os estudos continuaram e outra publicação importante aconteceu ainda em 2000. Um relatório sobre a análise dos eventos adversos do *National Health of Service* – NHS no Reino Unido, revelou uma incidência de eventos em cerca de 10% de indivíduos internados, que quando relacionados aos pacientes admitidos anualmente, corresponderia a aproximadamente

850 mil internações e custos diretos acima dos 2 milhões de libras (MAIA, 2018). São dados alarmantes do ponto de vista econômico.

Concomitante, os estudos do IOM e NHS, trouxeram estratégias para enfrentar a problemática da Segurança do Paciente. Entre essas destacam-se a mudança de cultura nas organizações de saúde, transpassando o costume de culpabilização do indivíduo, para evoluir até a cultura de segurança organizacional e de aprendizagem com o erro. Por meio da criação de sistemas de notificação confidencial de incidentes ligados ao cuidado, da análise desses e da divulgação das recomendações de como evitá-los, seria possível incentivar profissionais a aprender com seus erros e redesenhar seus processos de trabalho (SOUZA, 2019).

A partir do ano 2000, a segurança do paciente passa a constar na agenda de governo e de pesquisadores de todo o mundo, reconhecida como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde. Os EUA e vários outros países da América e Europa com distintos sistemas de saúde iniciaram a criação de institutos, associações e organizações voltadas à questão da segurança do paciente, conforme descrito em Gomes e Mendes Junior (2017).

Gomes e Mendes Junior (2017) destacam que o Institute of Medicine (IOM) priorizou em suas recomendações as seis dimensões ou atributos da qualidade definidos por Donabedian em 1990, sendo eles a Segurança, Efetividade, Atenção Centrada no Paciente, Oportunidade/Acesso, Eficiência e Equidade. Com relação a Segurança do Paciente, em 2001 o IOM elaborou um plano visando a assistência livre de danos e recomendou o estabelecimento nos serviços de saúde de estratégias que possibilitassem a notificação de eventos adverso, baseado na confidencialidade e não culpabilidade. A partir daí muitos países vêm elaborando políticas públicas com a finalidade de aumentar a qualidade prestada ao paciente.

Nesse ano e nesse contexto foi criado no Brasil o Projeto “Hospitais Sentinela”, que tinha como foco sistematizar a vigilância sobre desempenho e segurança de produtos utilizados em serviços de saúde como medicamentos, kits de diagnóstico laboratoriais, órteses, próteses, equipamentos e materiais médico-hospitalares, saneantes, sangue e seus componentes. Somente em 2009 estabeleceu-se com a Portaria Ministerial MS nº 1.660, de 22 de julho de 2009, o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária – VIGIPOS (BRASIL, 2009).

Nesse cenário, a Organização Mundial da Saúde (OMS) posicionou-se frente a 55ª Assembleia Mundial da Saúde em 2002, quando a partir daí a sua agenda política refletiu a preocupação com o tema segurança em diversas campanhas denominadas Desafios Globais pela Segurança do Paciente. (WHO, 2008).

Em 2004, foi criada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (A *World Alliance for Patient Safety*) que, entre outras ações, iniciou a organização de uma taxonomia para a Segurança do Paciente que culminou com a publicação da Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*), com o objetivo de padronizar as informações para facilitar as pesquisas sobre o tema, pois até então eram utilizados muitos termos diferentes sem a necessária organização (WHO, 2009). Essa terminologia é apresentada como o Anexo B deste trabalho.

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente postulou aos vários países participantes uma maior atenção, o comprometimento político e apoio dos governantes para melhorar a segurança na assistência em escala global. Foi instigado a implementação de ações que garantissem a intensificação de cuidados de saúde maternos e aos recém-nascidos; cuidados de saúde aos idosos; investigação, análise e prevenção de eventos adversos (EA) relacionados principalmente a erros de medicação; fortalecimento da cultura de segurança, combate ao processo de culpabilização dos envolvidos nos erros; capacitação, desenvolvimento de competências e habilidades adequadas entre profissionais de saúde. No Primeiro Desafio Global (2005-2006) foi acrescentado o combate e prevenção às infecções associadas ao cuidado em saúde no mundo todo: “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura”, dizia a campanha lançada.

O IHI fomentou o incremento na formação de profissionais de saúde durante a campanha das “100 mil vidas” que ocorreu de 2004 a 2006. Esta teve a adesão voluntária de muitos hospitais no mundo inteiro em uma série de medidas já comprovadas por evidências científicas como eficazes para a segurança do paciente, que foram responsáveis por salvar cerca de 120 mil vidas (SOUZA, 2019).

Este mesmo autor relata que em 2005, através da parceria entre a OMS e a *Joint Commission International* (JCI), surgiu o postulado “Soluções para a Segurança do Paciente” (*Patient Safety Solutions*). A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente já recomendava esse estudo baseado em evidências científicas, para sistematizar medidas preventivas e implementar políticas nesta área. As soluções criadas e publicadas em 2007, evidenciaram os riscos potenciais de dano ao paciente e recomendaram soluções práticas e possíveis para evitar incidentes graves, sendo então adotadas como referencial para instituições e profissionais de saúde.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, em 2006 o projeto *High 5s* foi lançado pela OMS e preconizava a experiência da padronização para melhorias na segurança, através da adoção de protocolos simples (*Standard Operating Protocols – SOPs*) e procedimentos operacionais padrão POPs, para mitigar a ocorrência de cinco dos problemas identificados nos processos de assistência, em cinco países participantes, durante um período de cinco anos. O sucesso desta campanha impulsionou o *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* a lançar ainda em 2006 a “Campanha 5 Milhões de Vidas”, para combater danos decorrentes da assistência em saúde, principalmente as infecções, no prazo de dois anos.

No mesmo ano, no Brasil ocorreu o I Fórum Internacional Sobre Segurança do Paciente e Erro de Medicação, uma parceria com o *Institute for Safe Medication Practices (ISMP) /EUA* e a Associação Mineira de Farmacêuticos. Após esse evento importante foi criado em 2009 o ISMP Brasil, órgão atuante que publica até os dias atuais artigos e diretrizes sobre os erros de medicação e as formas de prevenção dos mesmos (BRASIL, 2014)

No período de 2007 a 2008 foi lançado o segundo Desafio Global com o objetivo de promover a segurança dos pacientes em procedimentos cirúrgicos. O tema foi “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” e obteve-se como produto desse desafio a divulgação de uma lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde, com uma avaliação integral do paciente previamente a cada procedimento cirúrgico. Sendo identificada a magnitude desses desafios e os resultados positivos atingidos com eles.

A partir de 2008 a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), vinculada a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a OMS, incentivou os profissionais de enfermagem a serem os protagonistas das iniciativas para a segurança do paciente em serviços de saúde (WEGNER *et al.*, 2016).

A Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA) regulamentou com portarias e documentos a Segurança do Paciente no Brasil. Em 2010 publicou a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 42 de 25 de outubro de 2010, sobre a prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), de acordo com as diretrizes da OMS previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente.

Em 2011, a RDC nº. 63 de 25 de novembro, dispôs sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde, introduzindo a necessidade de disseminar a CS. Em 2012, a Anvisa formou um Grupo de Trabalho (GT) de Segurança do Paciente, por meio

da Portaria nº 1.443, de 11 de outubro, que norteou a elaboração e a implementação do “Plano de Ação para a Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde no Brasil.

Em continuidade, o ano de 2013 foi o marco para a regulamentação da Segurança do Paciente no Brasil. Com a Publicação da Portaria MS/GM nº529 de 1/04/2013 e da RDC nº 36 de 25/07/2013, foram instituídos no mesmo ano pela ANVISA o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e os primeiros protocolos de segurança do paciente, corroborados pela Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, protocolos alinhados com as 6 metas internacionais de segurança a serem desenvolvidos em todo o Brasil: higienização das mãos, segurança nos procedimentos cirúrgicos, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, identificação correta de pacientes, efetividade na comunicação entre os profissionais de saúde, prevenção de quedas e lesões por pressão, e uso seguro de equipamentos e materiais médicos hospitalares.

O PNSP foi o instrumento escolhido para abranger, instituir e monitorar várias políticas de saúde, que incluiriam desde o cuidado e a qualificação deste; até o financiamento para as ações de melhoria necessárias para a implantação da Segurança do Paciente no Brasil (BRASIL, 2013).

A Segurança do Paciente e a busca da qualidade no atendimento dos serviços de saúde segue sendo uma preocupação mundial, cujo o número de vítimas espelha a necessidade cada vez maior de pesquisa e fomento. Romero *et al.* (2018) referem em sua pesquisa que em 2016 foi publicado um estudo, o qual sugere que os problemas de segurança nos cuidados médicos podem ser a terceira causa de morte nos Estados Unidos.

Por isso os esforços nesse sentido continuam, de modo que em 2017 a OMS lançou o 3º Desafio Global pela Segurança do Paciente, com o objetivo de reduzir em 50% os danos graves e evitáveis associados a medicamentos em todo o mundo nos próximos cinco anos, abordando as fragilidades nos sistemas de saúde em todo o mundo que levam a incidentes com danos graves (SANTOS; ROCHA; SAMPAIO, 2019).

Em 2019, a OMS definiu na 72ª Assembleia Mundial da Saúde que o Dia Mundial da Segurança do Paciente seria comemorado anualmente em 17 de setembro, com uma recomendação para que as nações priorizem a segurança do paciente de maneira global. No Brasil, no mesmo ano, foi divulgado o Relatório de Auto avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente, onde foi constatado a necessidade de disseminar e avaliar a CS.

Considerando a segurança do paciente um problema mundial de saúde, é fundamental a comparação entre os custos da ocorrência dos eventos adversos e os benefícios de sua prevenção, de forma que a discussão sobre efetividades de medidas gerenciais e investimentos financeiros na disseminação do cuidado seguro resulte em valor agregado para toda a sociedade.

3.4 O Impacto Econômico da Segurança do Paciente e da Cultura de Segurança em Serviços de Saúde

A importância para a gestão de serviços hospitalares em garantir o aumento da segurança do paciente se justifica ainda pelo alto custo relacionado ao setor saúde. Com relação a incidência de eventos adversos e o custo de sua ocorrência as pesquisas nacionais são modestas, porém as internacionais apontam para uma alta mortalidade e morbidade em serviços de saúde, causados por incidentes ligados ao cuidado que não estão relacionados a doenças de base dos pacientes. Estes incidentes, ocorrem durante a prestação do cuidado e são considerados evitáveis, o que os torna um problema de saúde alarmante.

Considerando o estudo de Romero *et al.* (2018) e a possibilidade de que os incidentes com dano em serviços de saúde podem ser a terceira causa de morte nos Estados Unidos, pode-se afirmar que esses danos têm a consequência física e psicológica para familiares e pacientes, podendo ser classificados desde leves até graves e também podem levar a morte.

Para os serviços de saúde e seus gestores esse mesmo autor aponta a necessidade de se aumentar as pesquisas sobre os custos dos danos em saúde, afirmando que as despesas com atraso e repetição de exames desnecessários, aumento no tempo de internação e ações judiciais, por si já justificariam as iniciativas para a redução dos incidentes ligados ao cuidado e o aumento da qualidade, cultura de segurança e segurança do paciente nos serviços de saúde.

Para Souza (2019) quem investe na saúde está em conflito com os custos cada vez maiores, as expectativas dos clientes e a necessidade de aquisição de novas tecnologias, tornando as decisões econômicas um fator importante na implementação de políticas públicas, pois os eventos adversos aumentam as despesas de 13 e 16% do total gasto com saúde.

Desse modo, se justificam os investimentos na qualidade e segurança do paciente, quando o autor supracitado cita vários os estudos internacionais sobre a incidência de incidentes e seu custo para a economia, afirmando por exemplo que o valor global e anual de lesões por erro médico foi estimado 19,5 bilhões de dólares, sendo 17,1 bilhões de custos diretos e 2,4 bilhões de custos indiretos em 2008 nos EUA.

Em um estudo mais recente em 2016, Souza (2019) afirma que no Canadá, registrou-se uma taxa de eventos adversos de 5,6%, ou seja, uma em 18 hospitalizações, principalmente relacionados associados à erros de medicação e infecções hospitalares. Com uma taxa de mortalidade de 12,5% entre os pacientes que sofreram danos relacionados ao cuidado assistencial. Em decorrência disso os custos foram estimados em 685 milhões, cerca de 1% das despesas hospitalares no Canadá.

Andrade *et al.* (2020) relacionam a prevenção dos incidentes ligados ao cuidado pela adoção de comportamento seguro, redesenho dos processos de trabalho e disseminação de cultura de segurança um meio para reduzir o custo na saúde. Esse aponta para a redução em 22 das despesas nos EUA quando se investe em qualidade e segurança em hospitais. Ele comparou as internações consideradas sem dano com as de pacientes que sofreram danos, sendo estas cerca de 200% mais caras. O mesmo autor observa a carência de dados nacionais para subsidiar pesquisas.

Com relação a cultura organizacional, Souza e Bachtold (2020) afirmam que de sua análise é possível apontar a sua influência para diminuir os altos custos e desgastes, evitando erros, retrabalho e insatisfação no ambiente de trabalho.

Devido as inúmeras iniciativas em prol da Segurança do Paciente que foram adotadas no Brasil e no mundo todo, existe a necessidade de avaliar o cumprimento do que é preconizado para as organizações de saúde e averiguar se essas iniciativas foram disseminadas como cultura institucional. A avaliação de Cultura de Segurança do Paciente, seus métodos e instrumentos será considerada a seguir.

3.5 A Avaliação de Cultura de Segurança do Paciente

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) considera a cultura de segurança como sendo um conjunto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e grupais que determinam o estilo, a capacidade e o compromisso da gestão de uma organização saudável e segura.

A disseminação da CS tem sido priorizada dentro da gestão das organizações de saúde como um fator de suma importância para se garantir a segurança do paciente e a mitigação dos danos causados durante a assistência em saúde. Para Wegner *et al.* (2016), tanto a sensibilização como a avaliação das situações de segurança devem ser consideradas, sendo, portanto, extremos do mesmo processo cultural.

O processo de disseminação e sensibilização para a CS deve ser analisado quanto ao seu caráter coletivo, para avaliar o impacto de ações planejadas e estratégias implementadas que favoreçam a segurança do paciente. O autor ressalta que essas atitudes necessitam transformar a realidade do contexto, na maioria das vezes de maneira urgente, por isso a necessidade de avaliá-las.

Em Souza (2019) encontram-se alguns dos principais objetivos de se analisar a cultura de segurança do paciente. De maneira geral, o estudioso relata que esta avaliação disponibiliza para a gestão informações sobre percepções e atitudes dos profissionais de saúde quanto a segurança, permitindo às organizações planejar e implementar intervenções efetivas e focadas no desenvolvimento e disseminação de uma CS positiva e progressiva.

Ainda para o autor, a avaliação da CS, especificamente, pode fornecer diagnóstico situacional sobre o tema, avaliação do cumprimento de medidas já implementadas e sua evolução temporal, a comparação interna setorial e externa com outras organizações (*benchmarking*), e a disposição da instituição para o cumprimento de normativas reguladoras da Segurança do Paciente.

Segundo a ANVISA (2019), as abordagens da avaliação de cultura em saúde podem ser Socioantropológicas, Sociológicas e Epidemiológicas. A Abordagem Epidemiológica é a mais prevalente para avaliar os elementos mensuráveis da cultura, utilizando-se do método quantitativo ao analisar questionários de autopreenchimento para mensurar a noção e as atitudes relacionadas à segurança do paciente, inclusive por setor. Já a abordagem socioantropológica pode analisar qualitativamente os dados recolhidos utilizando como instrumentos os referidos questionários, as entrevistas e a análise de grupos.

Para Andrade *et al.* (2018), dentre as várias ferramentas para avaliar a CSP em instituições de saúde, os questionários de autopreenchimento estão entre os instrumentos mais indicados. Como vantagem eles podem alcançar muitos colaboradores em pouco espaço de tempo, além disso, podem ser distribuídos facilmente e de diversas formas. O *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) é um dos questionários que possuem capacidade de fornecer aos gestores informações precisas que os auxiliem na tomada de decisão para fortalecer os pontos frágeis e disseminar os pontos fortes da CS.

3.5.1 A Ferramenta do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)

A Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (*Agency for Healthcare Research and Quality* – AHRQ) tem como objetivo subsidiar nos Estados Unidos a Cultura de Segurança nos

serviços de saúde, sendo um órgão federal de fomento à pesquisa e da prática baseada em evidências científicas, para melhorar a qualidade da assistência em saúde com os menores custos. Para tanto, desenvolveu em 2004 a ferramenta *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) que é um questionário estruturado, para avaliar a CS em Hospitais.

Este é o instrumento mais utilizado no mundo para avaliação cultural em serviços de saúde, foi validado transculturalmente e a sua versão traduzida para o português, em um estudo financiado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e portanto tem sido amplamente utilizado em pesquisas relacionadas ao assunto, por aqueles serviços que desejam conhecer as fortalezas e fragilidades de sua cultura interna, bem como da possibilidade de intervir e reforçar setores e grupos para estabelecer uma cultura de segurança forte (REIS, 2013).

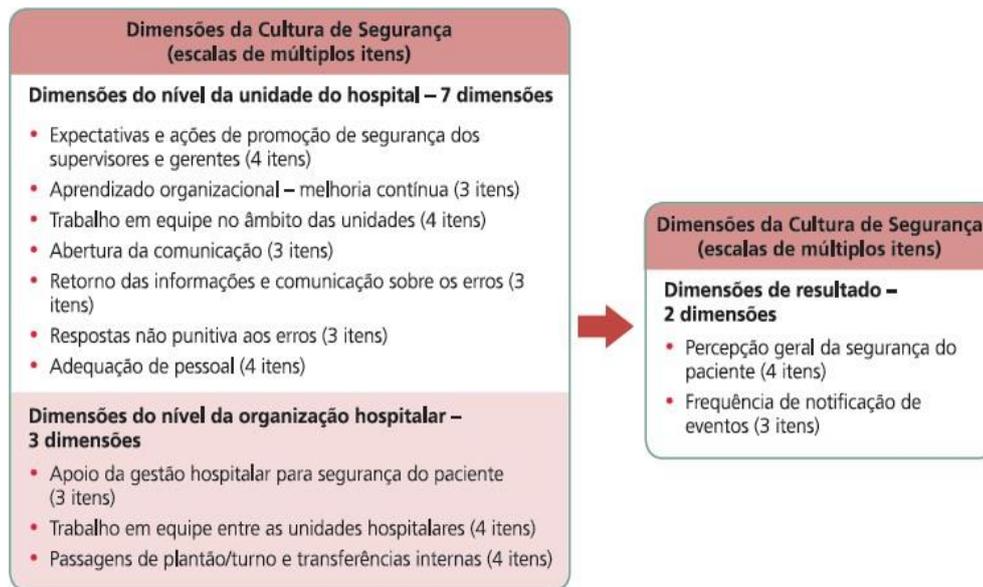
O questionário HSOPSC está disponível como ANEXO C desse estudo, na página da web www.arhq.com e desde 2019 no site da ANVISA no endereço: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/cultura-de-seguranca-do-paciente>, de onde os serviços de saúde podem acessá-lo sem nenhuma burocracia e assim proceder com a PCS e sua avaliação. O site da AHRQ ainda disponibiliza um guia para auxiliar nas análises e na melhor compreensão das fórmulas de tratamento dos dados coletados.

A estrutura do questionário para avaliar a CS compreende 42 itens no total, divididos em 12 dimensões, que ainda se subdividem de 3 a 4 itens. Os itens podem ser respondidos optando-se por respostas baseadas na escala *Likert*, que é uma escala de 5 pontos que varia nas afirmações de “discordo fortemente” (1) a “concordo fortemente” (5).

Existem itens que devem ser respondidos, optando-se por “nunca” (1) a “sempre” (5); e por “excelente” (1) a “muito ruim” (5). Há ainda, sobre perguntas sobre o número de eventos relatados e sobre as notificações destes, tendo como possível resposta “nenhum”, “1 a 2 relatórios”, “3 a 5 relatórios”, “6 a 10 relatórios”, “11 a 20 relatórios” e “21 relatórios ou mais” (MOTA, 2018).

A Figura 2 apresenta essa divisão de maneira esquemática, para facilitar a visualização e compreensão do usuário do questionário HSOPSC.

Figura 2 - Dimensões da Cultura de Segurança.



Fonte: Adaptado de Souza (2019).

O HSOPSC avalia as sete dimensões do nível da unidade hospitalar e as três dimensões do nível da organização hospitalar, e ainda, conforme observado na Figura 2, também apura se estas 10 dimensões variando, afetam as duas dimensões de resultado organizacional. O questionário também coleta dados sobre o perfil da instituição pesquisada, seus setores e funcionários e ainda a nota que é atribuída a segurança do paciente por eles.

Normalmente são observados como critérios de inclusão para participar de Pesquisa de CS em hospitais, o número de 10 a 20% do total de servidores como amostra respondente, o exercício laboral mínimo de 20 horas semanais e que o profissional respondente esteja em seu turno de trabalho. A amostra aceita preferencialmente inclui indivíduos que estejam diretamente ligados ao cuidado do paciente ou relacionado a ele de algum aspecto, excluindo-se estudantes em graduação (MOTA, 2018; REIS, 2013; SORRA; NIEVA, 2004).

O questionário HSOPSC também fornece o perfil do profissional respondente, apontando a variação da CS tanto entre indivíduos, quanto entre os setores de um hospital. Como vantagem de sua maneira estruturada e fechada, ele demora cerca de 10 minutos para ser preenchido, podendo ser rapidamente distribuído com o uso de tablets, celulares e computadores.

Em Souza (2019), é assegurado que o questionário HSOPSC quando aplicado, demonstra a os principais aspectos da CS hospitalar, quando esta é avaliada por meio do percentual de respostas positivas obtido nos itens e em cada dimensão. Isso representa o

percentual de respostas positivas em relação à CS do paciente e permite identificar áreas fortes e frágeis na segurança do paciente, bem como os setores e perfis que estão necessitando de investimento por parte da gestão.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa foi baseada em estudo exploratório de natureza qualitativa, que utilizou para a discussão e análise os resultados disponibilizados das Pesquisas de Cultura de Segurança, realizadas de 2016 a 2019 na FSCMP, cujos dados estão armazenados na Assessoria de Gestão da Qualidade e Segurança (AGQS). O resultado destas pesquisas de cultura é produto da aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, sendo ele um instrumento validado desde 2004 para avaliação da cultura nos serviços de saúde pela *Agency Healthcare Research and Quality (AHRQ)*.

De acordo com Oliveira (2011), as pesquisas se classificam metodologicamente quanto ao objetivo, natureza e escolha do objeto de estudo.

4.1 Quanto aos Objetivos da Pesquisa

Gil (2008) classifica as pesquisas científicas quanto aos objetivos gerais a serem estudados em três tipos: exploratória, descritiva e explicativa. De acordo com Yin (2001), os três tipos não obedecem a uma ordem hierárquica, eles podem ser complementares e nem sempre têm limites bem definidos. Para este autor é necessário fazer a opção por uma estratégia de pesquisa ou outra, considerando o tipo de pesquisa proposta, a extensão do controle que o pesquisador tem de eventos comportamentais e do grau de enfoque resultante da relação entre eventos que podem ser contemporâneos ou históricos.

O objetivo do estudo proposto o classifica como uma pesquisa exploratória que, de acordo com Yin (2001) responde a questões de investigação de resultados referentes a levantamento de dados e análises de arquivos. O exemplo citado por este autor, refere-se a como uma organização se comportou após uma reorganização administrativa, ou seja, uma intervenção. No caso concreto deste estudo, analisar a CS da FSCMP a partir de dados arquivados de pesquisas anteriormente realizadas, para avaliar seu comportamento organizacional.

Para o autor supracitado, nesse caso e similares cabe o levantamento exploratório. Tal estratégia é vantajosa para elucidar a incidência ou predominância de um fenômeno, tais como atitudes políticas e outros, cujo resultados podem ser previsíveis, porém necessitam de investigação e esclarecimento do seu andamento.

Conforme referenciado, a pesquisa exploratória pode responder a questões referentes a quanto se desenvolveu a Cultura de Segurança do Paciente na FSCMP no período de 2016 a 2019, sendo este um fenômeno contemporâneo desejável e, por isso mesmo, previsível em uma

instituição de saúde. Principalmente pelo fato de que esta visa obter dos seus processos de trabalho a qualidade e segurança do paciente.

O material que foi analisado nesse estudo é o resultado da PCS da FSCMP realizada nos anos de 2016 a 2019. Neste caso, Gil (1999) afirma que a Pesquisa Exploratória deve ser aplicada, pois seu método investigativo inclui o levantamento em fontes secundárias, análise de dados estatísticos, pesquisas já realizadas incluindo entrevistas e estudo de caso. A pesquisa exploratória é ideal para explorar com flexibilidade material já recolhido, sendo preferencialmente utilizada nos estudos de cultura organizacional quando se deseja aprofundar o conhecimento sobre um fenômeno e torná-lo explícito.

4.2 Quanto a Natureza da Pesquisa

As pesquisas científicas podem ser classificadas, quanto à natureza, em dois tipos básicos: qualitativa e quantitativa e um misto dos dois tipos muito adequada para abordagens complementares e pesquisas sobre a cultura organizacional (FONSECA *et al.*, 2017).

Como os dados já foram coletados e não foram medidos e sim analisados e agrupados, este estudo teve natureza qualitativa para alcançar os objetivos propostos.

Nas pesquisas de cultura e de cunho social, FONSECA *et al.* (2017) afirma que a abordagem qualitativa é uma resposta à falta de explicação científica de fenômenos humanos e grupais, da rigidez do método científico quantitativo e do excesso de generalização na interpretação de dados numéricos. Ela visa entender, descrever e explicar os fenômenos sociais de modo diferente, através da análise de experiências.

Souza (2019) afirma que a pesquisa qualitativa é a melhor para avaliar a resposta dos sujeitos submetidos a uma intervenção, descrevendo em profundidade os fatos, relações, experiências e práticas relacionadas ao tema do estudo.

Para este autor a abordagem qualitativa é flexível na estratégia de pesquisa, fazendo uso de um ou mais métodos de coleta ou recolhimento de dados; incluindo entrevistas individuais e em grupo; métodos de observação; e como no caso deste estudo, do uso de fontes documentais como o resultado de pesquisas já realizadas que se deseja aprofundar.

4.3 Quanto à Escolha do Objeto de Estudo

Quanto à escolha do objeto de estudo, Oliveira (2011) afirma que as pesquisas podem ser classificadas em estudo de caso único, de casos múltiplos, estudos censitários ou por amostragem probabilísticas e não-probabilísticas.

Para populações infinitas, ou em contextos de constante mudança, o estudo estatístico pode ser realizado com a coleta de parte de uma população, amostragem. Amostra é um subgrupo de uma população, constituído de n unidades de observação e que deve ter as mesmas características da população, selecionadas para participação no estudo. O tamanho da amostra a ser retirada da população é aquele que minimiza os custos de amostragem e pode ser com ou sem reposição (FONTELLES *et al.*, 2009).

O estudo analisou dados coletados anteriormente, cuja amostra foi delimitada durante as Pesquisas de Cultura de Segurança já realizadas pela FSCMP nos anos de 2016 a 2019. Portanto este estudo apenas seguiu analisando a esses dados, sem delimitar nova amostra, pois não realizou nova pesquisa.

4.4 Quanto à Técnica de Coleta de Dados

Dentro das etapas metodológicas da pesquisa Oliveira (2011) classifica a técnica de coleta de dados utilizada no estudo, podendo ser: entrevista, questionário, observação, pesquisa documental, pesquisa bibliográfica, triangulação, pesquisa ação e experimento. Quanto a técnica de análise de dados as pesquisas contemplam a análise de conteúdo, a estatística descritiva, a estatística multivariada, a triangulação na análise.

Em Minuzzi, Salum e Locks (2016), temos que os métodos mais comuns de avaliação da cultura de segurança na área da saúde incluem a abordagem sócio antropológica qualitativa, com a observação da realidade e entrevistas; e a abordagem epidemiológica qualitativa, com o uso de questionários de autopreenchimento.

No quadriênio em análise, a FSCMP optou para realizar a sua PCS o questionário de autopreenchimento intitulado Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), Anexo C deste trabalho, criado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos em 2004.

4.5 Análise dos Dados

De acordo com Reis (2013), o questionário HSOPSC é considerado um instrumento válido, confiável, eficiente e um dos mais utilizados para mensurar cultura de segurança do paciente. Ele possui 42 itens de avaliação, divididos em 12 dimensões, com respostas variando conforme escala de Likert de 5 pontos (Discorda fortemente / Discorda / Neutro / Concorda / Concorda fortemente).

O questionário adaptado para a realidade brasileira, avalia a cultura de segurança organizacional de maneira individual, geral e de um jeito setorial. Essa ferramenta foi desenvolvida para avaliar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente, questionando seus respondentes sobre valores, crenças e normas da organização, notificação de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão, conforme já trabalhados por autores (REIS, 2013).

O questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) está disponível como ANEXO C desse estudo e na página da web www.arhq.com.

A pesquisa foi um estudo exploratório, que utilizou para a discussão e análise os resultados disponibilizados das Pesquisas de Cultura de Segurança do Paciente, realizadas de 2016 a 2019 na FSCMP, cujos dados estão armazenados na Assessoria de Gestão da Qualidade e Segurança (AGQS). Como os dados já haviam sido coletados anteriormente e não medidos novamente neste estudo, sua natureza foi qualitativa para alcançar os objetivos propostos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, sob o Parecer Consubstanciado CEP 4946858 e a resolução 466/12 foi respeitada integralmente.

Apesar de analisar as pesquisas já ocorridas e não realizar uma nova pesquisa, faz-se oportuno descrever a metodologia aplicada no período em questão para entendimento de como se chegou nos resultados armazenados na AGQS, bem como disponibilizar as fórmulas utilizadas como ilustração. De 2016 a 2019 observou-se na FSCMP os critérios de inclusão e exclusão já descritos anteriormente no item 4.4.1 e recomendados pela AHRQ para instituições que utilizam o questionário HSOPSC para realizar a Pesquisa de Cultura de Segurança. A AHRQ disponibiliza para análise dos dados um guia disponível no endereço: ahrq.gov/professionals/qualitypatient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/index.html.

O guia indica para calcular o percentual de resposta positiva para cada item na dimensão do questionário a seguinte fórmula:

Número de respostas positivas do item

Total de respostas para o item avaliado (soma das respostas positivas, neutras e negativas)

Para o cálculo do percentual de respostas positivas de cada dimensão utiliza-se a seguinte fórmula:

Número de respostas positivas do item na dimensão

Total de respostas para os itens avaliados (soma das respostas positivas, neutras e negativas)

Souza (2019) considera que o percentual de respostas positivas em relação à cultura de segurança do paciente identifica as áreas fortes e frágeis na instituição que aplica a pesquisa. Deste jeito são consideradas “áreas fortes da segurança do paciente” no hospital aquelas que obtiveram mais de 75% de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”), ou aquelas cujos itens escritos negativamente em ordem inversa obtiveram mais de 75% das respostas negativas (“discordo totalmente” ou “discordo”).

Nessa perspectiva, as “áreas frágeis da segurança do paciente” e necessitadas de intervenção de melhoria são as que as respostas positivas não ultrapassam 50% de respostas positivas. Nas áreas neutras as respostas positivas variam de 50 e 75%, com tendência positiva, se alcançam de 62,5 a 75% e as com tendência a fragilidade aquelas que o resultado se alcançam de 50 a 62,5%.

Para a análise geral das dimensões da Cultura de Segurança na instituição que a aplica o guia da AHRQ fornece a seguinte fórmula:

Soma do número do percentual de respostas positivas das dimensões

Número total das dimensões (n:12)

Tendo em vista a complexidade do estudo proposto, faz-se necessário a delimitação das 12 dimensões abordadas no questionário HSOPSC para serem analisadas. Conforme a Figura 2, dentre as sete dimensões do nível da unidade hospitalar, foi escolhida a Dimensão I - Expectativa e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes e a Dimensão II - Aprendizado organizacional.

No que se refere ao Nível da Organização Hospitalar a Dimensão VIII - Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente foi a escolhida. Nas dimensões de resultado a Dimensão XI - Percepção geral da segurança do paciente foi a selecionada, pois, como as demais, demonstrará os aspectos que são atualmente desenvolvidos pela AGQS e pelo CSP.

Essas dimensões estão relacionadas com o cumprimento de ações previstas no Planejamento Estratégico, no Plano de Segurança do Paciente e na Política de Qualidade e Segurança institucional. A percepção Geral da Segurança do Paciente será comparada com o

Percentual de Cultura de Segurança, que é uma média estatística fornecida pelas 12 dimensões e ainda com a nota que é atribuída a segurança do paciente pelos servidores.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A avaliação e o entendimento sobre a cultura organizacional são de vital importância para uma gestão pautada em melhorias, sendo de acordo com Santos (2021), um meio para explicar e prever o modo de agir das organizações e dos seus membros. As organizações possuem elementos culturais únicos que devem ser interpretados com base nos seus contextos específicos. Com a finalidade de conhecer as especificidades da sua cultura organizacional a FSCMP realizou a PCS durante o quadriênio de 2016 a 2019 sempre no último trimestre do ano.

5.1 Perfil e Características dos Respondentes da PCS

A realização da PCS na FSCMP é considerada como uma ação realizada pelo Comitê de Segurança do Paciente (CSP) e coordenada pela Assessoria de Gestão da Qualidade e Segurança (AGQS). O questionário HSOPSC utilizado como ferramenta foi respondido digitalmente em tablets e computadores no Google forms. A Gerência de Tecnologia e Informação (GTIC) disponibilizou o link da pesquisa em todas as áreas de trabalho e os dados migraram de modo online para planilhas no *Microsoft Excel®*, sendo depois armazenados de maneira anônima na AGQS.

5.1.1 PCS quanto ao número de respondentes

A AHRQ recomenda que respondam ao questionário de PCS de 10 a 20% do total de funcionários, preferencialmente ligados ao cuidado com o paciente, em seu horário de trabalho, trabalhadores efetivos e terceirizados (SOUZA, 2019).

No período considerado, responderam ao questionário do HSOPSC a amostra de 13,27 a 23% do número total dos funcionários da FSCMP, entre concursados, temporários, residentes e terceirizados. A amostra foi obtida de maneira espontânea, porém incentivada pelas lideranças dos setores, sendo preservada a identidade dos participantes. O número dos respondentes variou de forma positiva cerca de 9,73%, indo de 375 (13,27%) em 2016 a 757 (23%) indivíduos em 2019, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1 - Número de profissionais respondentes das PCS da FSCMP de 2016 a 2019

Ano da Pesquisa	2016		2017		2018		2019	
Total de servidores	2826		2692		3005		3277	
Número de respondentes	375	13,27%	411	15,25%	601	20%	757	23%

Fonte: Pesquisa de Cultura de Segurança da FSCMP (2016/2019)

O número crescente de participantes demonstrou o aumento da influência da liderança setorial e uma maior adesão do servidor em participar de uma pesquisa que avalia o comprometimento institucional com as práticas de segurança do paciente. Sobre isto Schein (2001) afirma que o grupo já existente de servidores e líderes pode fazer a socialização e ensinar para novos membros o modo de perceber, pensar e sentir para a adaptação externa e integração interna, ressaltando o padrão de pressupostos básicos compartilhados entre os membros da organização, através de seus valores, símbolos e significados, impactando inclusive nas estratégias da gestão e no desempenho organizacional.

Os indivíduos que compuseram a amostra foram caracterizados por gênero, cargo, idade, tempo de ocupação, por serem esses os aspectos mais considerados em pesquisas de cultura organizacional (SANTOS, 2021).

5.1.2 PCS quanto ao gênero do respondente

Em todos os anos analisados a maioria dos respondentes foi do sexo feminino, tendo alcançado o máximo da amostra com 80,54% de servidoras em 2017, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Perfil dos profissionais respondentes da PCS da FSCMP de 2016 a 2019 quanto ao gênero

Ano da Pesquisa	2016		2017		2018		2019	
Número de respondentes	375	13,27%	411	15,25%	601	20%	757	23%
Sexo Masculino	82	21,87	78	18,49	139	23,1%	162	21,4%
Sexo Feminino	287	77,07	333	80,54%	462	76,9%	595	78,6%

Fonte: Pesquisa de Cultura de Segurança da FSCMP (2016/2019)

Para Scopelli *et al.*, (2018) a participação profissional crescente das mulheres entre os mais diferentes níveis hierárquicos nas empresas, favorece a cultura organizacional, haja vista que a figura feminina apresenta maior capacidade intuitiva, aptidão por evidenciar resultados, inclinação para relacionamentos interpessoais e propensão para a comunicação de maneira geral. Este autor ressalta o serviço de enfermagem, que ainda é uma atividade profissional de

predominância feminina nos serviços de saúde, com a prevalência de suas características a influenciar a cultura organizacional.

5.1.3 PCS quanto a categoria profissional do respondente

Na FSCMP a CS é influenciada pela categoria profissional do respondente. Esses aspectos podem ser melhor relacionados com a categoria profissional predominante do respondente, conforme a Tabela 3.

Tabela 3 - Número de profissionais respondentes das PCS da FSCMP relacionada a categoria profissional nos anos de 2016 a 2019.

Ano da Pesquisa	2016		2017		2018		2019	
Administrativos/Secretários	43	11,07%	34	8,37%	62	10,3%	68	09%
Enfermeiros	59	15,73%	86	20,92%	74	12,3%	131	17,3%
Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais	32	8,54%	47	11,44%	28	4,7	94	12,40%
Médicos	28	7,47%	11	2,68%	32	5,3	77	10,2%
Nutricionista	6	1,60%	3	0,73%	9	1,5	8	1,1%
Técnicos de enfermagem	103	27,47%	135	32,85%	179	29,7	213	28,01
Técnicos de laboratório, Farmácia, ECG, radiologia.	8	2,13%	19	4,62%	37	6,1	17	2,2%
Outros	96	27,59%	51	12,41%	180	29,9	149	19,79%

Fonte: Pesquisa de Cultura de Segurança da FSCMP (2016/2019)

Os enfermeiros somados aos técnicos de enfermagem, categorias predominantemente femininas no Brasil, foram os profissionais que mais participaram da PCS, sendo que em 2017, inclusive representou 53,77% do total de participantes. O ano de menor participação da equipe de enfermagem foi o de 2018, mas ainda assim as categorias somadas corresponderam a 253 funcionários, 42% da amostra. Responderam a PCS as categorias dos Administrativos/Secretários Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais, Médicos, Nutricionista e Técnicos de laboratório, Farmácia, ECG, radiologia. As demais categorias foram enquadradas em outros.

5.1.4 PCS quanto ao grau de instrução do respondente

A análise do grau de instrução dos participantes comprova a maior participação na pesquisa de profissionais de nível superior na FSCMP. Em 2019 cerca de 39,5% dos participantes, declarou ter o nível superior completo com pós-graduação, ainda que a maioria

dos funcionários seja representante da categoria de profissionais de nível médio, como por exemplo técnico de enfermagem e laboratório. Em 2018 esse percentual foi um resultado que se manteve em torno dos 29,3%, sendo esse o menor número do quadriênio para o nível superior e ainda assim o maior resultado desse ano em relação a essa variável, incluindo os que se declararam com pós-graduação. O ensino fundamental completo e incompleto é o que apresenta o menor número de participantes (0,7% e 0,4% da amostra em 2019), conforme a Tabela 4 abaixo:

Tabela 4 - Perfil dos profissionais respondentes das PCS da FSCMP relacionado ao grau de instrução.

Ano da Pesquisa	2016	2017	2018	2019				
Grau de instrução								
Ens. Fundamental incompleto	4	1,6	3	0,73	5	0,8%	5	0,7%
Ens. Fundamental completo	2	0,53	5	1,22	13	2,2%	3	0,4%
Ens. Médio incompleto	3	0,80	2	0,49	23	3,8%	23	3,0%
Ens. Médio completo	91	24,27	104	25,30	169	28,1%	173	22,9%
Ens. Superior incompleto	42	11,20	38	9,25	76	12,6%	70	9,2%
Ens. Superior completo	71	18,93	61	14,84	108	18,0%	112	14,8%
Pós-graduação (Especialização)	131	34,93	161	39,17	176	29,3%	299	39,5%
Pós-graduação (Mestrado ou Doutorado)	31	8,27	37	9	31	5,2%	72	9,5%

Fonte: Pesquisa de Cultura de Segurança da FSCMP (2016/2019)

A maioria dos profissionais em serviços de saúde é do nível médio e fundamental, e apenas 10% tem o nível superior completo de acordo com Ramos e Possa (2016). Por isso podemos concluir que houve uma baixa adesão do profissional de nível médio incompleto e fundamental para o preenchimento da PCS na FSCMP ou ainda que há uma melhor compreensão do formulário e do ambiente virtual do profissional de nível médio completo e superior.

5.1.5 PCS quanto a idade e tempo de serviço

Relacionando os dados da idade do servidor e o tempo que o mesmo trabalha na instituição, a maioria dos respondentes da pesquisa (mais de 50% de servidores) encontrava-se situada na faixa etária de 30 a 49 anos nos anos de 2016 a 2019, trabalhando no hospital de 06 até 15 anos. A partir daí a porcentagem correspondente a mais de 16 anos de serviço varia de 4

a 3,6%, ainda que a faixa etária de maiores de 21 anos tenha alcançado 8,1% em 2019, conforme Tabela 5.

Tabela 5 - Relação idade e tempo de serviço dos profissionais respondentes da PCS da FSCMP de 2016 a 2019

Ano da Pesquisa	2016		2017		2018		2019	
Idade								
20 a 29	33	8,80	47	11,43	38	6,3%	88	11,6
30 a 39	168	44,8	113	27,49	187	31,1%	217	28,6
40 a 49	124	33,06	110	26,76	240	39,9%	209	27,6
50 a 59	27	7,20	102	24,81	105	17,5%	194	25,8
Tempo de trabalho neste hospital								
Menos que 1 ano	41	10,93%	40	9,73%	102	17,0%	145	19,2%
De 1 a 5 anos	94	25,07%	71	17,27%	133	22,1%	152	20,1%
De 6 a 10 anos	166	44,27%	170	41,36%	192	31,9%	88	11,6%
De 11 a 15 anos	37	9,87%	84	20,44%	111	18,5%	284	37,5%
De 16 a 20 anos	15	4,00%	21	5,1%	22	3,7%	27	3,6%
De 21 anos ou mais	22	5,87%	25	6,08%	41	6,8%	61	8,1%

Fonte: Pesquisa de Cultura de Segurança da FSCMP (2016/2019)

A relação entre a idade média dos indivíduos e o tempo que ele está atuando na instituição é para Santos (2021) um indicativo de estabilidade. Quanto mais tempo o indivíduo passa na empresa, aumenta a possibilidade de assimilação e identificação com a Cultura organizacional proposta e aumenta também a possibilidade que ele a reproduza. A maioria dos participantes trabalhava de 01 a 05 anos na FSCMP em 2016 (40%, 150) e de 06 a 10 anos de 2017 a 2018. Em 2019 a maioria dos funcionários encontrava na faixa de tempo de trabalho de 11 a 15 anos, 190 servidores. O menor número de respondentes encontra-se entre a variável de 16 a 20 anos em 2018 (3,7%, 27) e em 2019 (3,74%, 14). O tempo de trabalho na especialidade ou profissão manteve-se constante e em maior número de servidores na variável de 06 a 10 anos de 2016 a 2018 (em 2017 29,44%, 121). Em 2019 a maioria dos servidores estava entre 11 a 15 anos de profissão (29,9%, 226).

Destes a maioria declarou que atuava com uma carga horária semanal de 20 a 36 horas, sendo em 2016 o mínimo dessa variável (45,07%, 169) e em 2019 o máximo (53,9%, 408). Foi registrado na PCS a atuação profissional em diversas áreas como a clínica Médica, a Clínica Cirúrgica, a Obstetrícia e a Neonatologia. No entanto, a maioria dos participantes se declarou na área de atuação OUTROS, como em 2016 (46,40%, 174) e 2017 (32,12%, 132). Em 2019, cerca de 37,4% (283) dos servidores se declarou constar nesta categoria.

Portanto, considerando que os últimos concursos realizados para a FSCMP pelo governo do estado de acordo com a SEPLAD (2021) ocorreram em 2005 e 2007 e que o tempo de contrato de serviço na FSCMP é de 02 anos, ainda que tenha perdurado a prática de

contratação por necessidade do serviço, pode-se concluir que o perfil do respondente da PCS de 2016 a 2019 é de concursados, que atuam na instituição pelo período de 06 a 15 anos, ou seja, em no mínimo uma a três gestões consecutivas. Desta parcela de servidores maioria é do sexo feminino, com o nível superior completo e pós-graduação, pertencente a faixa etária de 30 a 49 anos com a carga horária de 30 horas semanais em média.

5.2 Análise das Dimensões Culturais

De acordo com Schein (1981) para se compreender a cultura como um processo dinâmico de crescimento e transformação das instituições, o estudo de dados acumulados ao longo do tempo deve ser possível. Desde o ano de 2016 a FSCMP realiza a PCS através do questionário do questionário HSOPSC.

Conforme a Figura 2 do referencial teórico, das 12 dimensões do questionário HSOPSC, estando ele dividido em 43 itens de avaliação, foram delimitadas as 04 a serem aprofundadas no presente estudo, sendo as relacionadas a Unidade Hospitalar, a Dimensão I - Expectativa e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes e a Dimensão II - Aprendizado organizacional.

Relacionado ao Nível da Organização Hospitalar, o presente estudo destaca a Dimensão VIII - Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente. Da relação entre o aspecto da unidade e da organização hospitalar resultará a Dimensão de resultado XI - Percepção geral da segurança do paciente. Também será considerado o Percentual de Cultura de Segurança, que é uma média estatística fornecida pelas 12 dimensões e a Nota que o servidor dá a segurança do paciente.

Para facilitar a análise e comparação do resultado da PCS na FSCMP de 2016 a 2019 será considerado o guia da AHRQ de orientação para aplicação da PCS. Este manual fornece as fórmulas para a análise dos dados e também os parâmetros numéricos para a interpretação dos resultados, conforme Quadro 1:

Quadro 1- Parâmetros numéricos para análise de resultado de PCS conforme a AHRQ

Classificação	Percentual de respostas positivas
Cultura positiva	>75%
Cultura neutra com tendência positiva	<75 a 62,5%
Cultura neutra com fragilidade	<62,5 a 50%
Cultura Frágil	<50%

Fonte: Sorra e Nieva (2004)

São adotados na **cultura forte** os resultados maiores que 75% de respostas positivas, **neutra** as localizadas entre 50 a 75% (**neutra com tendência a fragilidade** de 50 a 62,5% e **neutra com tendência positiva** para maior de 62,5 a menor que 75%). Os resultados de respostas positivas menores de 50% são considerados de **cultura frágil**. Esses parâmetros são aplicados nas análises a seguintes.

5.2.1 Dimensão I: Expectativa e ações de promoção de segurança dos supervisores gerentes

A cultura de segurança, como parte da cultura organizacional, tem um papel muito importante dentro dos serviços de saúde, determinando a tendência comportamental da maioria dos indivíduos durante os diferentes momentos da assistência, resistindo ou falhando em proteger de danos os pacientes, sendo forte e disseminada ou pouco desenvolvida e frágil. Para Vilas-Boas, Davel e Cavazotte (2018) a liderança e a cultura são fenômenos sociais dependentes, sendo uma expressão cultural que relaciona aspectos de gestores e pessoal do operacional no contexto organizacional.

Tabela 6 - Dimensão I: Expectativa e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes

Item de avaliação	Pesquisa 2016	Pesquisa 2017	Pesquisa 2018	Pesquisa 2019
O meu supervisor/ Chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos e segurança do paciente	63,4%	63,6%	71,9%	69,7%
O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	67,7%	64,9%	72,5%	76,4%
Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas". (INVERSA)	62,7%	65,8%	63,2%	69,0%
O meu supervisor/ chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente. (INVERSA)	77,5%	78,0%	74,0%	79,0%
Total Dimensão I	67,8%	68,0%	74,6%	73,5%

Fonte: Pesquisa de Cultura de Segurança da FSCMP (2016/2019)

Na Tabela 6 Dimensão I: Expectativa e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes, tem-se uma estimativa se as lideranças setoriais da FSCMP consideram as exortações dos funcionários para melhorar a segurança do paciente; planejando as ações de melhoria de maneira participativa com a equipe em questão.

A Dimensão I, retrata a satisfação do funcionário com a liderança setorial e do incentivo do reconhecimento com os esforços individuais e coletivos. Apresenta na FSCMP um percentual crescente de respostas positivas que variou de 2016 a 2019 de 67,8 para 73,5%, com crescimento de 05,7%, mostrando-se uma área neutra com tendência a positividade dentro da instituição. O resultado demonstra que os funcionários avaliam efetivamente a atitude de seus superiores frente aos processos de trabalho relacionados com a segurança do paciente, fato esse que contribui positivamente para a melhoria e manutenção da CS.

No entanto, para que a dimensão avaliada passe a ter resultado positivo (maior que 75% de respostas positivas), Brasil (2016) afirma ser de vital importância alcançar a sensibilização do funcionário por meio do desenvolvimento de sistemas de liderança, tendo em vista o papel de influenciador do líder no desenvolvimento de comportamentos, valores, crenças e fortalecimento da CS. O líder deve estar preparado para criar e transformar a CS com a intenção de sensibilizar, responsabilizar, habilitar e agir em favor dos pacientes atendidos, ao mesmo tempo que ouvem e estimulam os funcionários. Deve ser capacitado pela gestão para a promoção do trabalho seguro em equipe, com enfoque proativo e sistemático para a redução de danos preveníveis, tal a importância que é dada para o seu exemplo, consideração com a equipe e o reforço positivo do seu elogio.

5.2.2 Dimensão II: Aprendizado organizacional - Melhoria contínua

Ainda relacionado a avaliação da unidade hospitalar, na Dimensão II - o Aprendizado organizacional, considera-se a melhoria contínua observada no período do estudo, que reflete o resultado da Dimensão I. No caso da FSCMP temos um resultado de 75,39% no total da Dimensão II, considerado de cultura positiva no reconhecimento do aprendizado a partir dos erros, conforme Tabela 7.

O Aprendizado organizacional demonstrado através da melhoria contínua teve a tendência positiva ao longo do período analisado para todos os itens avaliados, como por exemplo o reconhecimento do servidor que medidas são tomadas para melhorar a segurança do paciente na instituição. A PCS mostra que o resultado da Dimensão II desde 2018 (76,14%) a 2019 (75,39%) foi consolidado como um resultado culturalmente positivo.

Tabela 7 - Dimensão II: Aprendizado organizacional - Melhoria contínua

Item avaliado	Pesquisa	Pesquisa	Pesquisa	Pesquisa
	2016	2017	2018	2019
Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	80,70%	86,06%	82,53%	87,85%
Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	22,75%	62,16%	63,56%	68,56%
Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	61,21%	68,16%	67,89%	69,75%
Total Dimensão II	60,30%	72,00%	76,14%	75,39%

Fonte: Pesquisa de Cultura de Segurança da FSCMP (2016/2019)

Para Wegner *et al.* (2016) a CS de um hospital é reforçada quando o serviço investe na investigação de danos a partir de notificações de incidentes ligados ao cuidado, sendo anônimas e isentas de culpabilidade, na adoção de protocolos de segurança como barreiras de risco e na educação continuada de todas as categorias profissionais. Sendo assim desenvolver a CS deve ser o objetivo das melhores práticas de saúde, incorporadas às políticas do hospital e ao cotidiano do serviço como um todo.

Outra oportunidade de melhoria está na avaliação da efetividade de medidas relacionadas a segurança do paciente que em 2019 teve um resultado neutro com tendência a positividade (69,75%).

A questão primordial observada nos itens de resultado frágil e neutros da Dimensão II na FSCMP é a comunicação por parte da gestão sobre o direcionamento das medidas tomadas em prol da segurança do paciente e o compartilhamento de resultados de qualquer espécie, sendo experiências exitosas ou erros. Para Caldas (2017) a falta de comunicação organizacional era a causa dos incidentes com dano em hospitais, sendo a melhoria dos processos de trabalho uma das formas de evitá-los. Mota (2018) postula que para se obter uma CS forte a gestão deve priorizar a comunicação na organização de saúde, garantindo a confiança na efetividade de medidas implementadas e apoio das equipes para mantê-las.

5.2.3 Dimensão VIII: Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente

Na tabela 8, encontra-se o resultado da PCS referente a percepção do servidor relacionada a Dimensão VIII: Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente na

FSCMP. Nesta dimensão se avalia se o servidor percebe em dado momento que para a gestão hospitalar a segurança do paciente é uma prioridade.

Tabela 8 - Dimensão VIII: Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente

Item avaliado	Pesquisa 2016	Pesquisa 2017	Pesquisa 2018	Pesquisa 2019
A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	50,41%	58,33%	69,72%	63,67%
As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal.	61,10%	66,83%	77,70%	70,41%
A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso (INVERSA).	49,73%	54,03%	48,42%	50,73%
Total Dimensão VIII	53,72%	60,00%	65,28%	61,60%

Fonte: Pesquisa de CS da FSCMP (2016/2019)

O resultado da Tabela 8 acima demonstra que a percepção do servidor sobre o apoio da gestão hospitalar na FSCMP para a segurança do paciente é uma área neutra da cultura com tendência a fragilidade em 2019 (61,60%) que em 2018 se apresentava neutra com tendência positiva (65,28%), tendo diminuído 3,68% em um período de mudança de gestão tanto na alta como na média gestão, incluindo líderes gerenciais (PARÁ, 2018). O setor público estadual tem características próprias como mudanças políticas constantes e contratação comissionada para cargos de gestão, isso influencia a cultura organizacional, e pode demonstrar para o servidor um estado de descontinuidade do serviço.

Para Schein (1990) o conjunto cultural de pressupostos básicos aprendidos e aprovados em uma organização deve se adaptar a mudanças internas e externas e ser repassados a novos membros. Portanto as melhorias realizadas se sustentam quando os comportamentos dos membros da organização se tornam estáveis e passam a compor a cultura institucional, perdurando inclusive em casos de mudanças.

Considerando que a mudança de gestão se constitui um desafio cultural, a percepção do servidor com relação ao apoio da gestão hospitalar variou negativamente de 2018 para 2019, conforme a Tabela 8, no entanto, foi percebido que de 2016 a 2019 houve um crescimento de 7,88% desta dimensão.

5.2.4 Dimensão XI: Percepção Geral da Segurança do Paciente

Como consequência do resultado da dimensão VIII, temos na Tabela 9 a Dimensão XI Percepção Geral da Segurança do Paciente, que de acordo com Souza (2019) é um resultado influenciado pelas dimensões relacionadas a Unidade Hospitalar e pelas dimensões relacionadas ao Nível da Organização Hospitalar, conforme a Figura 2. De acordo com o guia AHRQ que orienta a PCS em serviços de saúde, da relação entre as Dimensões I e II e a Dimensão VIII, resulta a Dimensão XI da Percepção Geral da Segurança do Paciente.

Tabela 9 - Dimensão XI: Percepção geral da segurança do paciente

Item avaliado	Pesquisa 2016	Pesquisa 2017	Pesquisa 2018	Pesquisa 2019
É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui (INVERSA).	53,28%	58,72%	52,40%	56,27%
A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	30,71%	33,09%	45,83%	41,35%
Nesta unidade temos problema de segurança do paciente (INVERSA)	30,22%	35,37%	42,74%	45,44%
Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	39,51%	51,83%	59,34%	60,11%
Total Dimensão XI	38,43%	45,00%	50,16%	50,79%

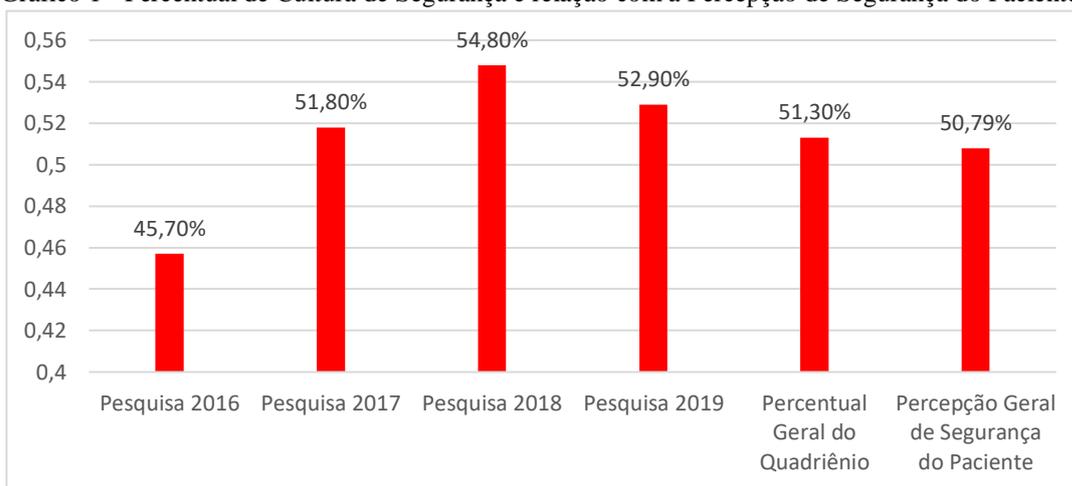
Fonte: Pesquisa de Cultura de Segurança da FSCMP (2016/2019)

A Dimensão XI demonstra se os sistemas e os procedimentos existentes na FSCMP são suficientes e claramente percebidos para prevenir a ocorrência de incidentes ligados ao cuidado. Em 2016 (38,43%) e 2017 (45%) teve um resultado frágil que passou a neutro com tendência frágil em 2018 (50,16%) e 2019 (50,79%). O resultado foi claramente impactado pela Dimensão VIII do apoio da gestão para a Segurança do Paciente, ainda que a dimensão XI tenha apresentado uma tendência positiva com um crescimento de 12,36% de 2016 a 2019. Esse é um resultado que necessita claramente de um reforço por parte da Gestão devendo suscitar melhorias que elevem esse resultado, ainda que ele tenha a tendência positiva.

5.2.5 Percentual de Cultura de Segurança

Todas as 12 dimensões avaliadas na PCS da FSCMP nos anos de 2016 a 2019 são representadas na média que resulta no Gráfico 1 do Percentual de CS que foi avaliado como neutro com tendência a fragilidade, demonstrando de maneira fidedigna a relação da cultura organizacional com a segurança do paciente em uma instituição de saúde. Esta relação é evidenciada com o crescimento de tendência positiva de 2016 até 2018, mesmo com o decréscimo em 2019 e a média do quadriênio (51,30%). Esta se equipara numericamente com a percepção geral da segurança do paciente (50,79%) também especificada na Tabela 9.

Gráfico 1 - Percentual de Cultura de Segurança e relação com a Percepção de Segurança do Paciente



Fonte: Pesquisa de Cultura de Segurança da FSCMP (2016/2019)

Para Andrade *et al.* (2018), concomitante a disseminação da CS, é necessário também planejar uma maneira de mensura-la, o resultado então fornecerá a base para prever e monitorar o impacto de intervenções internas e das políticas públicas.

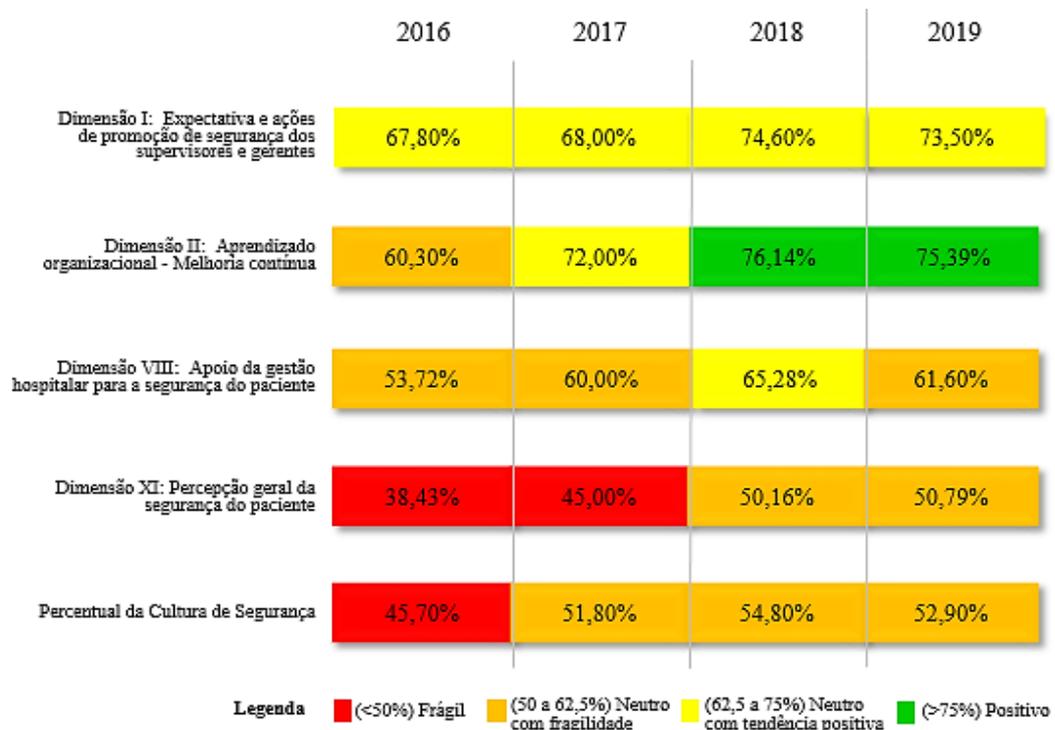
O Gráfico 1 demonstra que no quadriênio analisado houve um aumento do percentual de respostas positivas, com oportunidade de melhorias para a necessidade de fortalecimento da cultura na instituição, seja referente a momentos de mudança de gestão, ou relacionados a fenômenos externos que possam ter impactado no resultado. Para Carvalho *et al.* (2017) o aprendizado organizacional para melhorias contínuas começa pelo desenvolvimento de uma cultura positiva. Em se tratando de instituições de saúde, trata-se da cultura de segurança.

5.3 Análise Geral da Cultura de Segurança (2016-2019)

Diversas pesquisas apoiam as análises culturais para elucidação de dados gerenciáveis, incluindo as de cunho organizacional. Para Zerbielli *et al.* (2018) o estudo comparativo de unidades hospitalares referente ao desempenho cultural em dado momento, é uma oportunidade

encontrada, pois o achado mais comum é a aplicação variada de metodologias que não favorecem as análises da qualidade e segurança na organização. Por isso é um ponto positivo para a FSCMP a aplicação da PCS com a mesma padronização anual da AHRQ. O Gráfico 2 evidencia de forma esquemática o desempenho da FSCMP ao se comparar quatro anos consecutivos de PCS.

Gráfico 2 - Análise Geral da Cultura de Segurança (2016-2019)



Fonte: Autoria Própria

A dimensão considerada positiva foi a Dimensão II: Aprendizado organizacional - Melhoria contínua, onde o servidor reconhece as medidas tomadas para melhorar a segurança do paciente durante quatro anos. Outros aspectos culturais que se direcionam para um resultado favoráveis à cultura de segurança são os contidos nas dimensões Dimensão I: Expectativa e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes, que é neutra com tendência positiva. A Dimensão VIII - Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente teve um resultado neutro com fragilidades para a cultura institucional e impactou na Dimensão XI - Percepção geral da segurança do paciente. A Dimensão I e II são dimensões do nível da unidade hospitalar e a dimensão VIII é uma dimensão do nível da organização hospitalar. Sendo a Dimensão XI é uma dimensão de resultado, ela é influenciada pelos níveis da unidade e da organização.

Sendo o percentual geral de cultura considerado neutro com tendência a fragilidade (53,40%). O estudo comparativo favorece a análise temporal e evidencia para a gestão as potencialidades e oportunidades de melhorias relacionadas a cultura. A PCS favorece a tomada de decisão e o planejamento de ações que fortaleçam a segurança do paciente em serviços de saúde. Por conseguinte, o presente trabalho evidenciou os pontos fortes e frágeis da CS na FSCMP apresentados nas Tabela 10 e 11, onde são retratados os resultados de 2019 por serem os mais recentes.

5.3.1 Fortalezas culturais evidenciadas na PCS (2016 – 2019)

Na Tabela 10, a Dimensão I apresenta em seu resultado o papel da liderança para o crescimento da cultura. Para Schein (2009) ao líder pertence o papel de mapear os riscos e buscar barreiras protetivas, sendo, portanto, responsável pelo acolhimento, manutenção e sucesso do grupo.

Tabela 10 - Pontos Positivos e Neutros com Tendência de Positividade

Pontos Positivos e Neutros com Tendência de Positividade		%
Dimensão I: Expectativa e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes	O meu supervisor/ Chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos e segurança do paciente	69,7%
	O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	76,4%
	Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas". (INVERSA)	69,0%
	O meu supervisor/ chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente. (INVERSA)	79,0%
Dimensão II: Aprendizado organizacional - Melhoria contínua	Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	87,85%
	Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	68,56%
	Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	69,75%
Dimensão VIII: Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	63,67%
	As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal.	70,41%

Fonte: Autoria Própria

Na FSCMP a liderança foi um dos aspectos desenvolvidos em 2015 no Projeto de Reestruturação de Hospitais Públicos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz

(HAOC), que incluía como requisitos para a participação das instituições públicas a ênfase na Gestão de Pessoas, Gestão de Riscos e Gestão da Qualidade (PARÁ, 2018).

Considerando o líder responsável pelo acolhimento de novos servidores, no período em questão foi intensificado o acolhimento institucional ao servidor contratado, temporário e de cargos comissionados, em uma estratégia de integração que abordava a história da FSCMP, o contexto do organograma institucional, seu Mapa Estratégico e suas políticas, incluindo a da Qualidade e Segurança. Isso ocorria para minimizar o impacto de ambientação e disseminar as políticas e protocolos vigentes, como uma forma de propagar a cultura e aumentar a comunicação interna.

A estratégia iniciada nesse projeto foi efetivada durante o processo da Acreditação Hospitalar pelo qual se submeteu voluntariamente a FSCMP desde 2016, tendo recebido as certificações de Nível I (2017) e Nível II (2018) da Organização Nacional de Acreditação (ONA), conforme os critérios do Manual Brasileiro de Acreditação, pela avaliação positiva de sua estrutura e de seus processos internos (PARÁ, 2018). A Acreditação é um processo que normalmente acontece pela iniciativa da gestão, no entanto só se mantém e progride, com a adesão cultural de líderes e demais servidores.

Todas as ações desenvolvidas nesse período com as lideranças e disseminadas no operacional, como cursos, oficinas, tutorias, elaboração e implementação de protocolos e políticas, bem como a ênfase exaustiva do cumprimento e monitoramento das normativas de segurança do paciente resultaram no desenvolvimento da cultura na FSCMP, que variou de frágil (45,70 % em 2016) para neutra com fragilidade (53,40% em 2019) comprovada pelos números resultantes da PCS.

Com relação a Dimensão II, de acordo com Schein (1999), as melhorias obtidas a partir da comunicação interna e tratativas na ocorrência de erros pode aumentar a confiança na gestão, fortalecendo a CS. Durante o período analisado houve o reforço da cultura de segurança pautada na atuação do Comitê de Segurança do Paciente e da AGQS na FSCMP com a adoção dos Protocolos de Segurança do Paciente e todas as medidas necessárias para implementá-los como aquisições de equipamentos e insumos, treinamento multiprofissional, o intensivo mapeamento dos processos de trabalho, as interações entre os processos já definidos, as oficinas de análises de indicadores, o gerenciamento dos riscos assistenciais e a investigação dos incidentes ligados ao cuidado (PARÁ, 2017; PARÁ, 2018; PARÁ, 2019).

No processo de aprendizagem com o erro a FSCMP adota a notificação manual desde 2013 e a eletrônica desde 2018, para facilitar a investigação e tratativas de incidentes, contribuir

para a diminuição da culpabilidade e aliado ao gerenciamento de risco, para auxiliar no mapeamento dos riscos que devem ser prevenidos em estratégias proativas.

A PCS mostra que o resultado da Dimensão II desde 2018 (76,14%) a 2019 (75,39%) foi consolidado como um ponto forte pelo reconhecimento da necessidade de se aprender com os erros e aumentar a comunicação institucional, resultado culturalmente positivo, como realmente é esperado em um hospital escola como a FSCMP, que atende ao estado como cenário de prática em todos os níveis de graduação, incluindo residências e mestrado profissional.

Em Pará (2018) temos que a FSCMP aplica instrumentos de repasse de informações específicos como o monitoramento baseado na Gestão por Resultados de indicadores setoriais e os estratégicos para a instituição. A Gestão a Vista, é um recurso visual e ferramenta da qualidade, no qual as metas setoriais e os resultados de área ficam expostos em um quadro com a função de provocar reuniões setoriais para a discursão de medidas corretivas e sua efetividade, sendo possível seu acompanhamento de maneira transparente.

Aumentar a efetividade e criar outras estratégias para melhorar a percepção do servidor quanto aos aspectos organizacionais da melhoria contínua avaliados na Dimensão II da PCS, constitui-se um desafio para a gestão apesar do resultado neutro com tendência positiva.

5.3.2 Fragilidades Culturais da FSCMP evidenciados na PCS (2016-2019)

As oportunidades de melhoria evidenciadas a partir da PCS, bem como os pontos frágeis que devem ser reforçados na FSCMP encontram-se reunidos na Tabela 11.

Tabela 11 - Pontos Frágeis e Neutros com Tendência a Fragilidade

Pontos Frágeis e Neutros com Tendência a Fragilidade		%
Dimensão VIII: Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso (INVERSA).	50,73%
Dimensão XI: Percepção geral da segurança do paciente	É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui (INVERSA).	56,27%
	A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	41,35%
	Nesta unidade temos problema de segurança do paciente (INVERSA)	45,44%
	Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	60,11%

Fonte: Autoria Própria

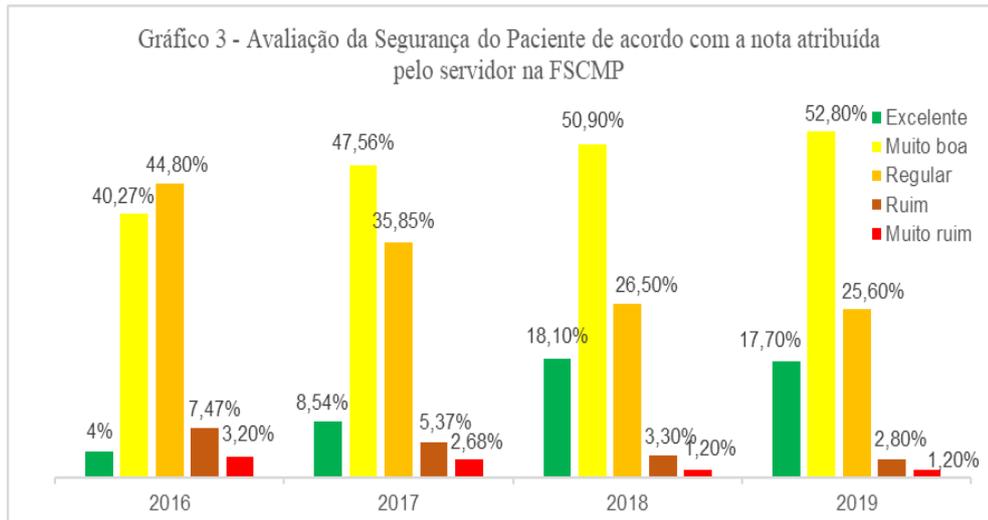
Apesar do crescimento numérico do percentual de cultura e da percepção de segurança do paciente na FSCMP durante o período estudado, a Tabela 11 exemplifica resultados para a Dimensão VIII e a XI, que se encontravam neutros com tendência a fragilidade, constituindo-se um desafio aumentar a percepção do servidor de todos os aspectos planejados e desenvolvidos para a disseminação e elevação da cultura de segurança positiva. Conforme os dados apresentados o servidor não percebe o apoio da gestão para questões de segurança e vê seu interesse como consequência de alarde em torno de um incidente ligado ao cuidado. Da mesma maneira os itens que resultam na Dimensão XI, da Percepção Geral da Segurança do Paciente, não ultrapassam os 62,50% recomendados para um resultado neutro, permanecendo o servidor com uma percepção frágil e não particularmente tocado pelas melhorias e estratégias que possam estar sendo desenvolvidas pela gestão. Para melhorar este resultado a gestão deve ser provocada para demonstrar mais efetivamente seu apoio a segurança, comunicando efetivamente a todas as categorias as melhorias implementadas.

Para Vilas-Boas, Davel e Cavazotte (2018) ao se levar em consideração a comunicação dos propósitos existente em uma organização a gestão se utiliza da liderança sintonizada com a cultura, onde o líder exerce o papel de criar, manter ou mudar a cultura, replicando com suas habilidades gerenciais a natureza e a direção da gestão. Esse argumento está apoiado pelos estudos de Schein (1990) que evidenciou a importância da imagem interna e externa projetada pelo líder, afirmando os valores trazidos pelos líderes e demais membros da organização para a gestão em si e construção da cultura organizacional. Nesse caso a clareza na comunicação interna é necessária para demonstrar de fato a servidores e clientes que a instituição tem uma cultura sedimentada.

5.3.3 Nota atribuída pelo servidor para a segurança do paciente na FSCMP

A gestão pode se apropriar e disseminar os aspectos e os valores culturais para revelar sua identidade e rede de apoio, criando nos membros uma percepção positiva ou negativa sobre a missão e a visão da instituição. A PCS é um escrutínio que avalia se a instituição consegue comunicar em sua estratégia e ações o sedimento de uma cultura segura.

No questionário HSOPSC, em sua seção E, a Avaliação das Dimensões de Segurança é complementada pela nota que o servidor atribui na instituição à Segurança do Paciente. No Gráfico 3 é representado esse resultado na FSCMP, considerando os anos de 2016 a 2019.



Fonte: Autoria Própria

Em 2016 a nota da segurança do paciente concedida pelo servidor na FSCMP foi regular (44,80%). Nos demais anos essa nota passou a muito boa, tendo permanecido com tendência positiva de 12,53% e média de 47,88%. Em 2019 apenas 17,70% dos servidores achavam que a segurança do paciente era excelente. A partir de 2017, ao reunir as notas de muito boa e excelente somadas, tinha-se a resposta positiva da maioria dos servidores que responderam diretamente a uma pergunta objetiva na PCS: De 0 a 10 como você avalia a segurança do paciente na FSCMP?

Considerando que o questionário HSOPSC é um instrumento apropriado para revelar de maneira subjetiva a percepção do servidor sobre os aspectos culturais e a Segurança do Paciente foi avaliada como neutra com fragilidades na PCS, Mota (2018) conclui quando há divergência entre a nota dada e a percepção sobre a cultura de segurança, tem-se a necessidade de reforçar a discursão sobre a temática. Nesse caso a PCS pode identificar as fragilidades e apoiar a gestão na tomada de decisão que vise a qualidade do cuidado.

Para instituições de saúde a segurança do paciente constitui-se em seu principal negócio, ou seja, oferecer assistência de qualidade sem danos. Esse propósito deve transparecer nas atitudes e estratégias adotadas pela gestão. De acordo com a OMS (WHO, 2009) a segurança do paciente deve ser uma prioridade a ser percebida no contexto da cultura organizacional. Por isso a gestão deve melhorar sua comunicação interna para transparecer sua cultura em todos os níveis da organização.

A oportunidade de melhoria consiste em manter e comunicar a cultura desenvolvida durante esse período e perpetuá-la em caso de mudanças ou fenômenos como por exemplo a mudança de gestão. De acordo com Pará (2017) o Planejamento estratégico da FSCMP é a ferramenta que possibilita a continuidade cultural da instituição pelo destaque da missão, visão

e valores, bem como a implementação constante da Política de Qualidade e Segurança, e do Plano de Segurança do Paciente criado desde 2015. Essas são formas de perpetuar a CS na instituição, tornando o processo cultural estável e mensurável, pela adoção dos Protocolos de Segurança e monitoramento dos indicadores do seu cumprimento. Sendo essa uma forma prática de apropriação e manutenção cultural em setores públicos da saúde em que a mudança de gestão é política e periódica.

Reduzir os incidentes ligados ao cuidado e melhorar a qualidade no atendimento tem sido a missão dos serviços em saúde. Investir em segurança do paciente reduz o custo com internações, exames e ações judiciais. Para o paciente e familiares reduzir o risco de danos evitáveis significa um atendimento seguro e o contrário disso pode ser a ocorrência de um dano classificado de leve a catastrófico, incluindo o óbito.

Neste contexto todos os esforços de melhoria apontam a segurança do paciente como um forte indicador da qualidade assistencial, sendo a disseminação do comportamento seguro em forma de cultura institucional uma forma de fortalece-la. Nos serviços de saúde a percepção de cultura de segurança está relacionado com segurança do paciente.

Quando uma instituição de saúde prioriza a segurança do paciente a cultura de segurança se desenvolve e ganha fortaleza com as estratégias adotadas, de forma que cultura organizacional inicie o processo para tornar-se positiva. As organizações de alta confiabilidade concentram seus esforços incorporando o comportamento seguro na visão e missão institucional e no apoio a estratégias de notificação anônimas e confiável.

Em um aspecto reativo e proativo respectivamente, as notificações investigadas e o mapeamento dos riscos fornecem para a gestão a perspectiva de atuar na prevenção e mitigação do dano evitável e esse entendimento pode ser gerenciado para reforçar a cultura de segurança, provocando melhorias contínuas em seus processos de trabalho que podem ser percebidas pelo operacional. Os resultados dessas ações se forem positivos ou negativos serão repassados a todos os membros da organização, por isso a necessidade de medir e avaliar como se encontra a cultura institucional.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa analisou o desenvolvimento da CS do Paciente na FSCMP a partir do resultado das pesquisas de cultura realizadas durante os anos de 2016 até 2019, conforme estabelecido no seu objetivo geral que foi alcançado.

No resultado foram consideradas características dos respondentes das pesquisas que são na maioria trabalhadores concursados da área assistencial, do sexo feminino, pertencentes a equipe de enfermagem.

Especificamente apontou para a gestores e lideranças as potencialidades e fragilidades da cultura de segurança que podem comprometer a segurança do paciente. Nos pontos fortes e frágeis apontados pela PCS procurou relacionar as medidas já adotadas na instituição para disseminar a cultura e fortalecer a qualidade e segurança dos processos de trabalho, apontar as iniciativas que foram planejadas e implementadas no período e a necessidade de melhorias por parte da gestão para fortalecer a segurança do paciente e a qualidade do cuidado prestado.

No entanto é igualmente considerado uma vantagem conhecer seus pontos frágeis, sendo possível inclusive recomendar melhorias para os aspectos evidenciados pela PCS.

Diante das ações realizadas para a segurança do paciente na FSCMP e do comprometimento firmado e monitorado por órgãos externos, inclusive pelo processo de acreditação hospitalar iniciado em 2016, é percebido que o amadurecimento da cultura de segurança é lento, processual e cheio de desafios.

Foram analisadas quatro das doze dimensões da cultura previstas pela AHRQ no seu questionário HSOPSC no período de 2016 a 2019, sendo a relação entre elas comparadas ao Percentual de Cultura de Segurança. A dimensão considerada positiva foi a Dimensão II: Aprendizado organizacional - Melhoria contínua, onde o servidor reconhece as medidas tomadas para melhorar a segurança do paciente durante esses quatro anos, apesar da sua percepção geral da segurança do paciente apresentar fragilidades. Outros aspectos culturais que se direcionam para um resultado de respostas favoráveis à cultura de segurança são os contidos na Dimensão I: Expectativa e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes. Nessa dimensão é ressaltado a importância do líder para a consolidação e manutenção da CS, sendo a figura do gerente considerada essencial como apoio para gestão e fonte de disseminação da proposta cultural. O incentivo, elogios e o reconhecimento do esforço do operacional por parte da liderança repercute de forma positiva para o crescimento de uma dimensão cujo resultado é neutro com tendência positiva.

A Dimensão VIII - Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente teve um resultado neutro com fragilidades e impactou de forma negativa na Dimensão XI: Percepção geral da segurança do paciente e no Percentual de CS na FSCMP.

Ainda que os dados apontem para um crescimento cultural incontestável desde 2016, o resultado demonstra a necessidade de estratégias e investimentos na Segurança do Paciente por parte da gestão. É uma vantagem e um direcionamento a seguir que esses propósitos estejam explícitos no planejamento estratégico, na política de qualidade e no plano de segurança do paciente, pois a promoção da cultura de segurança deve estar sedimentada nos princípios da gestão, nos processos de trabalho e na mudança comportamental que beneficia e traz segurança e qualidade para as práticas assistenciais. A PCS nos anos de 2016 a 2019 na FSCMP indica que a cultura de segurança se apresentou neutra com tendência a fragilidade, porém com vários aspectos positivos direcionados para o seu fortalecimento. Fica evidente que a cultura de segurança do paciente na instituição tem mostrado indícios de progressiva maturidade.

Do referencial teórico pode-se afirmar que a culpabilidade e a falta de comunicação referente aos incidentes dificultam a implantação de uma cultura positiva, sendo verdadeiramente uma vantagem para a instituição que as práticas de segurança do paciente tenham sido implementadas no período analisado.

A limitação do trabalho diz respeito ao período de Pandemia de Covid – 19. Foi um desafio manter o período de estudo, quando os departamentos funcionaram de maneira atípica. Outras PCS foram realizadas de 2020 em diante, resultando em um outro momento que deve ser analisado, levando-se em consideração este primeiro estudo. No período de enfrentamento da Pandemia foram feitas novas contratações, funcionários faleceram e também se aposentaram. Fluxos foram invertidos e setores mudaram de perfil, resultando em um novo panorama que deve ser avaliado quanto ao impacto na cultura de segurança. Mas para isso, este estudo deve servir de norte comparativo.

Outra dificuldade encontrada para a conclusão da pesquisa foi o tamanho dos dados armazenados em tabelas de Excel@ onde constavam as respostas das PCS, sendo exaustivo o tempo necessário para condensá-los fidedignamente, ainda que utilizando a tabela dinâmica.

6.1 Intervenções sugeridas

Considerando a análise da pesquisa de cultura de segurança deste estudo, cujos dados sucederam-se nos anos de 2016 a 2019, foram apontadas as seguintes sugestões com possível aplicabilidade para a instituição:

- Desenvolver ações para disseminar a Política de Qualidade e Segurança institucional, para que a cultura de segurança seja fortalecida e com o aumento do comportamento seguro a instituição possa ofertar ainda mais a assistência segura e de qualidade.
- Aumentar a comunicação interna sobre as estratégias adotadas em prol da segurança do paciente, para que o apoio da gestão a mesma seja reconhecido em todos os segmentos da instituição.
- Evidenciar estratégias que aumentem a adesão dos funcionários à cultura segura, considerando as especificidades de concursados, terceirizados, contratados e comissionados.
- Inserir na perspectiva do planejamento maiores estratégias de proteção e continuidade da cultura em caso de mudança de gestão e interferência de eventos externos.
- Interserir ações voltadas especificamente para mulheres, pois estas constituem a maioria dos servidores ativos e podem representar o diferencial necessário para o aumento da cultura de segurança.

De forma específica para a Assessoria de Gestão da Qualidade e Segurança (AGQS), responsável pela PCS:

- Criar canal de comunicação ou evidenciar ainda mais os existentes para subsidiar o gerenciamento de risco assistencial, as devolutivas e avaliações de resolutividade, principalmente às relacionadas a discursão e correção de eventos e incidentes ligados ao cuidado, para aumentar a cultura segura e prevenir a subnotificação de incidentes.
- Prontificar no acolhimento de novos funcionários o acesso a documentos, fluxos e políticas institucionais, para que o mesmo possa assimilar a cultura de segurança com mais facilidade aumentando a integração de pares.
- Aprimorar a parte editável do questionário HSOPSC, para que em próximas pesquisas o servidor aponte o seu setor e a gestão possa intervir com ações de melhorias sistêmicas e também direcionadas para a área frágil.
- Analisar e reforçar o grau de entendimento sobre o conteúdo e manuseio do questionário HSOPSC, pois o trabalhador de nível médio incompleto e fundamental tem baixa adesão ao seu preenchimento. Além disso o servidor atribui uma boa nota para a segurança do paciente, porém percebe a mesma de maneira subjetiva como neutra com tendência a fragilidade. Daí a necessidade de se investigar e corrigir as discrepâncias de entendimento.

Ao considerar o resultado obtido com a análise final desta pesquisa, foi evidenciado na FSCMP uma cultura neutra com tendência a fragilidade na percepção geral do servidor (51, 30%) e no percentual geral de cultura de segurança (50, 79%). Portanto, a conclusão obtida é que todas as dimensões analisadas devem ser reforçadas e comunicadas nas políticas internas, nas ações corretivas e estratégias institucionais, com o intuito de disseminar e sedimentar a cultura e a segurança do paciente, incluindo os outros aspectos considerados de tendência positiva, pois os mesmos impactam no resultado final da cultura.

Como sugestão para trabalhos futuros:

- Que estudos futuros confirmem as hipóteses de crescimento da instituição analisando a tendência do período a partir de 2020 e o comportamento da cultura de segurança durante a pandemia de Covid – 19, de modo a somar com este trabalho.
- Que as potencialidades e fragilidades evidenciadas sejam investigadas quanto a sua manutenção e mitigação ao longo dos anos que sucederam a este estudo.

Tanto quanto a promoção da segurança do paciente em hospitais deve ser contínua e um compromisso da gestão, a avaliação da CS deve ser algo permanente e valorizado na instituição. Os resultados dessa pesquisa são valiosos instrumentos de priorização de ações e tomadas de decisão por parte dos gestores. Esses resultados, quando gerenciados, tornam a instituição que o promove mais segura para pacientes e servidores.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Luiz Eduardo Lima *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 161-172, jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100161&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 ago. 2020. Doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015.
- ANDRADE, Alane Martins *et al.* Evolução do programa nacional de segurança do paciente: uma análise dos dados públicos disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Vigilância Sanitária em Debate**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 37-46, nov. 2020. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1505>.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Diretoria Colegiada. Resolução nº 42 de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 out. Brasil, 2010.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Diretoria Colegiada. Resolução nº 36 de 35 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 de julho de 2013. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 11 jul. 2016.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Projeto Hospitais Sentinela**: uma estratégia de vigilância para a pós-comercialização de produtos de saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Administração Pública, 2006. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/483/Projeto%20Hospitais%20Sentinelas.pdf?sequence=1&isAllowed=y> PetramaleCA. Acesso em: 21 maio 2017.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA- RDC nº. 63, de 25 de novembro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Portaria nº. 1.443 de 11 de outubro de 2012**. Institui grupo de trabalho para elaboração e implementação do Plano de Ação para a segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. **Diário Oficial da União**. 15 out.2013.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Anvisa, 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília, DF: Anvisa, 2016. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Cultura de segurança em serviços de saúde**. Unidade 2. Curso Segurança do Paciente e Qualidade nos Serviços de saúde. Brasília – DF: ANVISA 2019. Disponível: <https://mooc.escolavirtual.gov.br/mod/quiz/review.php?attempt=4330859>. Acesso em: 22 ago. 2020.

BOHOMOL, Elena. Além da segurança do paciente, a segurança dos profissionais. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. vi-viii, Oct. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000500002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1.660, de 22 de julho de 2009**. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária – Vigipós, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União. 23 jul 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 529, de 1° de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Diário Oficial da União 02 abr. 2013. [acesso em 15 jun. 2020]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1.377, de 09 de julho de 2013**. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União. 25 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.095, de 24 de setembro de 2013**. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União. 25 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Qualidade de Serviços de Saúde no SUS (Qualisus)**: uma contribuição para a gestão da qualidade da atenção à saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Relat%C3%B3rio%20Final%20Qualisus%2016%20DEZ_2013.pdf. Acesso em: 15 abr. 2015.

CERIBELI, H. B.; LIMA, M. L. S. A influência do clima organizacional sobre a intenção de permanência dos indivíduos nas organizações. **Revista Eletrônica UNIFEBE**, v. 1, n. 23, p. 190-208, 2018. Disponível em: <http://periodicos.unifebe.edu.br/index.php/revistaeletronicadaunifebe/article/view/667>. Acesso em: 05 fev. 2020.

CARVALHO, R. E. F. L. *et al.* Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017. DOI: 10.1590/1518-8345.1600.2849. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100310&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 jan. 2020.

CALDAS, Bárbara do Nascimento. **Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente em hospitais públicos**: uma avaliação qualitativa. 2017. Tese (doutorado) –

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

DONALDSON, Liam; PHILIP, Pauline. Patient safety: a global priority. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, n. 12, 892, 2004. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/269306>. Acesso em: 15 fev 2020.

FONSECA, L. R. *et al.* As Abordagens epistemológicas, teóricas e metodológicas utilizadas nos estudos da cultura organizacional. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 15, n. 1, p. 960-971, jan./jul. 2017. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/4217>. Acesso em: 7 de fev. 2020.

FONTELLES, M. J. *et al.* **Metodologia da pesquisa científica**: diretrizes para elaboração de um protocolo de pesquisa. Belém, 2009.

GAITA, Marcia do Carmo; FONTANA, Rosane Teresinha. Percepções e saberes sobre a segurança do Paciente Pediátrico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20170223, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400206&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 mar. 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de metodologia do ensino superior**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, Patrícia Helena Goulart; MENDES JUNIOR, Walter Vieira. O cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde: estratégias de governos e organizações não governamentais. **Revista Acreditação: ACRED**, v. 7, n. 13, p. 23-43, 2017. Exemplar dedicado a: Revista Acreditação. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6130783>.

HUDSON P. Aplicando as lições das indústrias de alto risco aos cuidados de saúde. **Qual Saf Health Care**, v. 12, dez. 2003. DOI: 10.1136. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765769>. Acesso em: 25 de ago. 2020.

INSTITUTE OF HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **Campanha 5 Milhões de Vidas**. Disponível em: <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/>.

JOHANN, Sílvio Luiz *et al.* **Gestão da mudança e cultura organizacional**. São Paulo: FGV, 2016.

KOHN L.T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. C. **To Err is Human**: building a safer health system Committee on Quality of Health Care. Washington: Institute of Medicine; National Academy Press, 2000.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MAIA, Christiane Santiago. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.

27, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200004>. Acesso em: [. Acesso em: 13 jun. 2020.

MAKARY, Martin A.; DANIEL, Michael. Medical error: the third leading cause of death in the US. **BMJ**, v. 353, i2139, 2016.

MINUZZI, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto & contexto Enfermagem**, v. 25, n. 2, p.1-9, 2016. DOI: 10.1590/0104-07072016001610015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072016000200313&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jan. 2020.

MOTA, G. C. H. F. **A percepção de profissionais de saúde sobre cultura de segurança do paciente em hospital universitário**. 2018. Dissertação (Mestrado em Produção e Controle Farmacêuticos) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. DOI: 10.11606/D.9.2018.tde-12112018-151750. Acesso em: 2 fev 2020.

MOTTA, L. A. S. da; GOMES, J. S. A Influência da Cultura Nacional na Organização a partir das Perspectivas Teóricas do Hofstede e Barros & Prates. **Conferência Investigação e Intervenção em Recursos Humanos**, n. 9, 9 ago. 2019. Disponível em: <https://parc.ipp.pt/index.php/iirh/article/view/2773>. Acesso em: 2 fev. 2020.

NASCIMENTO, JC; DRAGANOV, PB. History of quality of patient safety. **Hist. enferm Rev. eletrônica**, v.6, n. 2, p. 299-309, 2015.

OLIVEIRA, R. R.; OLIVEIRA, R. R.; LIMA, J. B. Reflexão sobre a relação entre a mudança de cultura organizacional e a gestão do conhecimento. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 6, n. 1, p. 19-35, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/52294>. Acesso em: 2 fev. 2020.

OLIVEIRA, M. F. **Metodologia científica**: um manual para a realização de pesquisas em Administração. Catalão: UFG, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente**: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Tradução

Marcela Sánchez Nilo; Angélica Durán Irma. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

PARÁ. Secretaria de Saúde Pública. **Santa Casa do Pará**: assistência e ensino. Belém, 2017. Disponível em: <http://www.santacasa.pa.gov.br/index.php>. Acesso em: 10 mar. 2022.

PARÁ. Secretaria de Saúde Pública. **Santa Casa do Pará**: assistência e ensino. Belém, 2018. Disponível em: <http://www.santacasa.pa.gov.br/index.php>. Acesso em: 15 jan. 2020.

PARÁ. Secretaria de Saúde Pública. **Santa Casa do Pará**: assistência e ensino. Belém, 2019. Disponível em: <http://www.santacasa.pa.gov.br/index.php>. Acesso em: 15 jan. 2020.

PARÁ. Secretaria de Saúde Pública. **Santa Casa do Pará**: assistência e ensino. Belém, 2021. Disponível em: <http://www.santacasa.pa.gov.br/index.php>. Acesso em: 4 jun. 2022.

RAMOS, C. I. M.; GUIMARÃES, M. R. N.; LARA, F. F. de. Estratégias da Cultura Organizacional para a Inovação Tecnológica. **Revista GEPROS**, v. 14, n. 2, p. 36-54, 2019. DOI: 10.15675/gepros.v14i2.2139. Disponível em: <https://revista.feb.unesp.br/index.php/gepros/article/view/2139>.

RAMOS, L. B.; POSSA, L. B. Dimensionamento da força de trabalho no SUS: o trabalho (e trabalhador) vivo no planejamento do cuidado em saúde. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 1, p. 43-52, 2016.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v.320, p.768-70, 2000.

REIS, Claudia Tartaglia. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. xiii, 203 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>. Acesso em: 28 ago. 2020.

ROMERO, Manuel Portela *et al.* A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 333-342, dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422018000300333&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018263252>.

SANTOS, Neusa Maria Bastos F. **Cultura organizacional e desempenho**: pesquisa, teoria e aplicação. São Paulo: Saint Paul, 2021.

SANTOS, Patrícia Reis Alves dos; ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi; SAMPAIO, Camila Santana Justo Cintra. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180347, 2019. Disponível em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200423&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 jun. 2020. Epub 29-Abr-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180347>.

SCHEIN, E. H. Does Japanese management style have a message for American managers? **Sloan Management Review**, v. 23, p. 55-68, 1981.

SCHEIN, E. H. **Organizational Culture and Leadership**. 3. ed. San Francisco: Jossey-Bass Inc., 2004. 48-52 p.

SCHEIN, E. **Cultura organizacional e liderança**. São Paulo: Atlas, 2009.

SCHEIN, E. H. Organizational Culture. **Sloan School of Management Massachusetts Institute of Technology**, v. 45, n.2, p 109-119, 1990.

SCHEIN, E.H. **Guia de sobrevivência da cultura corporativa**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001.

SCHEIN, E. H. **The corporate culture**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1999. Disponível em: <https://seplad.pa.gov.br/category/concurso>. Acesso em: 18 dez. 2021.

SILVA, Paula Lima *et al.* Produção Científica no Brasil Acerca da Cultura de Segurança do Paciente. **Revista Uningá**, v. 54, n. 1, dez. 2017. ISSN 2318-0579. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/5>. Acesso em: 02 fev. 2020.

SORRA, J.S.; NIEVA, V.F. **Hospital survey on patient safety culture**. Rockville: AHRQ, 2004. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

SOUSA, P. *et al.* Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. **BMC Health Services Research**, n. 311, jul. 2014. DOI:10.1186/1472-6963-14-311.

SOUZA, I. M.; BACHTOLD, C. A cultura organizacional e sua influência no desempenho e motivação no trabalho do servidor público: estudo de caso na prefeitura de Colombo-PR. **Revista Mundi Engenharia, Tecnologia e Gestão**, v. 5, n. 4, 2020.

SOUZA, Paulo (Org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2. ed. rev. amp. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019. 268 p.

SCOPELLI, Rosana Cristina *et al.* A influência da cultura feminina no comportamento organizacional: um estudo de caso em uma organização do agronegócio. **FACEF Pesquisa-Desenvolvimento e Gestão**, v. 20, n. 1, 2018.

TARTAGLIA, Alexsandro; MATOS, Marco Antonio Almeida. Segunda vítima: afinal, o que é isso? **Einstein**: Publicação do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, n. 18, 2000. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020ED5619.

TYLOR, Edward Burnett. **Primitive culture: researches into the development of mythology, philosophy, religion, art, and custom**. London: John Murray, 1871.

WEGNER, Wiliam *et al.* Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160068, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452016000300212&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient safety**. Forward Programme 2008-2009. Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_chapter3.

VIEIRA, Ubiratan Negrão; PEREIRA, Bruno Gomes. Cultura brasileira e cultura organizacional: uma relação existente. **Revista São Luis Orione**, v. 7, n. 1, 2020. Disponível em: <https://seer.catolicaorione.edu.br/index.php/revistaorione/article/view/163>

VILAS-BOAS, Otacílio Torres; DAVEL, Eduardo; CAVAZOTTE, Flávia de Souza Costa. Liderança e Cultura: tradição e renovação da pesquisa. **Revista de Ciências da Administração**, v. 20, n. 52, p. 138-154, dez. 2018.

VINCENT, C.; Amalberti, R. **Cuidado de saúde mais seguro**: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro: Proqualis, 2016. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Cuidado%20de%20Sa%C3%BAde%20mais%20Seguro%20-%20PDF.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2020.

ZERBIELLI, A. *et al.* Avaliação de resultados da pesquisa de cultura de segurança em uma Rede de Hospitais Privados. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 2017. **Anais [...]**. Campinas: GALOÁ, 2018. Disponível em: <https://proceedings.science/qualihosp/papers/avaliacao-de-resultados-da-pesquisa-de-cultura-de-seguranca-em-uma-rede-de-hospitais-privados>. Acesso em: 14 jan. 2020.

ANEXOS

APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, Regina Célia Ribeiro Bastos, do Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública (PPGGP) do Núcleo dos Altos Estudos da Amazônia (NAEA) da Universidade Federal do Pará (UFPA), no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “**A Análise da Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará como instrumento da Gestão Hospitalar**”, comprometemo-nos com a utilização dos dados contidos no Banco de dados de acesso restrito da Assessoria de Gestão da Qualidade e Segurança (AGOS), a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometemo-nos a manter a confidencialidade dos dados coletados nos arquivos armazenados referentes a Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente realizadas nos anos de 2016 a 2019 em forma de tabelas de Excel contendo dados e respostas agrupadas de forma anônima, bem como com a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais, e demais Resoluções, nos termos da **Res. 466/12, 510/16 e 580/18** do Conselho Nacional de Saúde.

Declaramos entender que é nossa a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é nossa a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometemo-nos com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP-CONEP.

Belém-PA, 02 de fevereiro de 2021

Ponciana Freire de Aguiar

Prof.ª. Dr.ª Ponciana Freire de Aguiar
Orientador da Pesquisa
(91) 984791794
poncianafreire@gmail.com

Regina Célia Ribeiro Bastos

Regina Célia Ribeiro Bastos
Pesquisador
Endereço: Passagem Jarina, 162.
COREN: 103501. Cel: (91) 981923808
E-mail: rcrb2013@hotmail.com

APÊNDICE B – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Regina Celia Ribeiro Bastos, portador do CPF 608307272 Pesquisador Responsável pelo projeto intitulado “A Análise da Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará como instrumento da Gestão Hospitalar”, solicito perante este Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa de utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, considerando que a pesquisa a ser elaborada não estabelecerá contatos diretos com o servidor, mas por meio indireto, por se tratar de um estudo exploratório de natureza qualitativa, tendo em vista que utilizaremos suas respostas agrupadas das Pesquisas de Cultura de Segurança do Paciente, realizadas de 2016 a 2019 na FSCMP, cujos dados confidenciais estão armazenados na Assessoria de Gestão da Qualidade e Segurança (AGQS), a impossibilidade de localizar/contatar diretamente os participantes aos quais os dados anteriormente coletados nas citadas Pesquisas pertencem, por motivo de serem respondidas de forma totalmente anônima.

Estou ciente de que o acesso e a coleta de dados poderá ser feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Nestes termos, me comprometo a cumprir todas as diretrizes e normas reguladoras descritas nas Resoluções CNS nº 466/12, 510/16 e nº 580/18, e suas complementares.

Belém - PA, 09 / 02 / 2021

Ponciana Freire de Aguiar

Prof.ª. Dr.ª Ponciana Freire de Aguiar Ferreira
Orientador da Pesquisa
(91) 984791794
poncianafreire@gmail.com

Regina Celia Ribeiro Bastos

Regina Célia Ribeiro Bastos
Pesquisador
Endereço: Passagem Jarina, 162.
COREN: 103501. Cel: (91) 981923808
E-mail: rcrb2013@hotmail.com

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO CEPE/FSCMP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA PESQUISA DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ COMO INSTRUMENTO DA GESTÃO HOSPITALAR

Pesquisador: REGINA CELIA RIBEIRO BASTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46499621.1.0000.5171

Instituição Proponente: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.946.858

Apresentação do Projeto:

Resumo:

O interesse das lideranças e gestores pela cultura de segurança institucional aumentou em meados do século XX, quando os estudos indicaram a possibilidade de gerenciar seus aspectos e aumentar o desempenho das organizações, frente aos avanços tecnológicos e a globalização dos recursos. No campo da saúde a cultura organizacional é considerada como um indicador de qualidade da assistência prestada e da segurança do paciente. O estudo tem como analisar e comparar a Cultura de Segurança de um hospital público, para verificar como e o quanto esta cultura se desenvolveu ao longo de 4 anos consecutivos. Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa, que utilizou como estratégia a pesquisa documental. Os documentos utilizados foram os resultados disponibilizados das Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente, realizadas de 2016 a 2019, cujos dados estão armazenados na Assessoria de Gestão da Qualidade e Segurança (AGQS) do hospital referido. O resultado destas pesquisas de cultura é produto da aplicação do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), sendo ele um instrumento

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

UF: PA

Município: BELEM

CEP: 66.050-380

Telefone: (91)4009-2264

E-mail: cep@santacasa.pa.gov.br



Continuação do Parecer: 4.946.858

validado desde 2004 para avaliação da cultura nos serviços de saúde pela Agency Healthcare Research and Quality (AHRQ)

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o desenvolvimento da Cultura de Segurança do Paciente na FSCMP a partir do resultado das pesquisas de cultura realizadas durante os anos de 2016 até 2019.

Objetivo Secundário:

Identificar a evolução das potencialidades e fragilidades da Cultura de Segurança na FSCMP a partir do resultado das pesquisas de cultura realizadas durante os anos de 2016 até 2019.

Analisar os principais riscos para a segurança do paciente, evidenciados a partir das pesquisas de cultura realizadas no período citado.

Avaliar a eficácia das ações de promoção da cultura de segurança implantadas através da comparação dos resultados obtidos nas pesquisas de cultura realizadas durante os anos de 2016 até 2019.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Risco ao participante

O estudo será realizado utilizando dados de Pesquisas anteriormente realizadas, cujo participante respondeu de forma totalmente anônima, por isso o risco de se revelar a identidade é inexistente. Não há risco de que o nome e qualquer outro dado dos participantes seja divulgado na pesquisa. O

TCUD em apêndice demonstra o compromisso do pesquisador em garantir a integridade dos participantes da pesquisa e a preservação dos dados, a privacidade, sigilo e confidencialidade relacionada aos participantes, ainda que a pesquisa não possa identifica-lo.

Risco ao pesquisador

O cansaço emocional e físico poderá afetar o pesquisador, assim como, possíveis dificuldades no cumprimento do cronograma. Para minimizar tais

riscos, serão planejadas antecipadamente todas as fases a serem cumpridas

Risco a instituição
O risco para a instituição consiste no acesso e divulgação de dados confidenciais que possam ser encontrados de forma anônima e agregada no

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

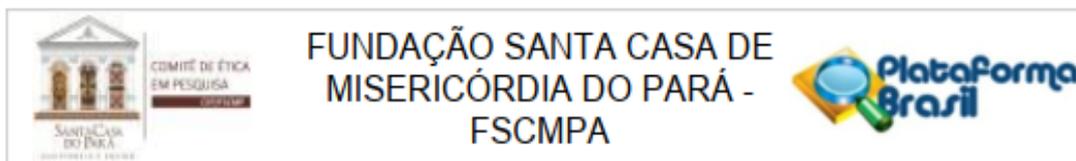
UF: PA

Município: BELEM

CEP: 66.050-380

Telefone: (91)4009-2264

E-mail: cep@santacasa.pa.gov.br



Continuação do Parecer: 4.946.858

resultado das Pesquisas de Cultura de Segurança disponibilizadas para análise. O TCUD em apêndice garante a proteção da imagem da instituição e a não utilização de informações em prejuízo das pessoas e da instituição, devendo o estudo ser imediatamente suspenso caso se perceba algum risco não previsto no TCUD (Termo de Compromisso de Utilização de Dados).

Benefícios:

Benefícios ao participante

O benefício aos participantes é indireto, pois o estudo utilizará banco de dados gerado anteriormente pelas Pesquisas de Cultura de Segurança realizadas de 2016 a 2019, não sendo possível apontar o respondente.

Avaliar a Cultura de Segurança de uma organização de saúde como a FSCMP e analisar como ela se desenvolve em um período determinado é relevante para se conhecer o nível de comprometimento dos membros desta organização, relacionados aos objetivos estratégicos desta.

Dessa forma o servidor de saúde e toda a sociedade se beneficiam do aumento da cultura de segurança do paciente em uma instituição pública estadual.

Benefícios ao pesquisador

A informação obtida dessas análises deve ser considerada como um instrumento da gestão para o planejamento de ações e oportunidades de melhoria dos aspectos organizacionais das instituições de saúde. (MOTA, 2018).

Especificamente o aprofundamento na temática da cultura de segurança é um benefício ao pesquisador quando este tem como função participar dos diversos níveis de gestão e assessorar nas tomadas de decisão. É um conhecimento desejável por seu vínculo setorial como componente da equipe da AGQS, sendo esta uma entrega profissional pertinente.

Benefícios a instituição

A análise pretendida com esse estudo permitirá conhecer o desenvolvimento da cultura de segurança da FSCMP, seus pontos positivos e negativos, fornecerá informação para os envolvidos no estudo e membros da organização; e ainda municiará a gestão de subsídios para a definição e revisão das estratégias e metas para promoção e fortalecimento da Cultura de Segurança. De maneira direcionada, irá possibilitar a melhoria na qualidade e da segurança do cuidado em

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

CEP: 66.050-380

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2264

E-mail: cep@santacasa.pa.gov.br



saúde prestado aos pacientes assistidos no hospital em questão. (MOTA, 2018).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de Relevância para conhecimento de como a pesquisa de segurança vem contribuindo com o fortalecimento da Cultura de segurança na FSCMPA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisadores apresentaram os termos obrigatórios.

Recomendações:

SEM RECOMENDAÇÕES.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PESQUISADORA RESPONSÁVEL ATENDEU AS RECOMENDAÇÕES DO PARECER ANTERIOR ELECANDAS EM CARTA AO CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado após reunião do colegiado.

Conforme Resolução CNS 580/18, dentre outros:

- Os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde;
- É dever do pesquisador divulgar os resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo.

Conforme Resolução CNS 466/12, Capítulo XI, cabe ao Pesquisador Responsável, dentre outros:

- Aguardar a decisão de aprovação ética antes de iniciar a pesquisa;
- Desenvolver o projeto conforme delineado;
- Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- Justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados;
- Elaborar e apresentar os relatórios parciais e final.

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

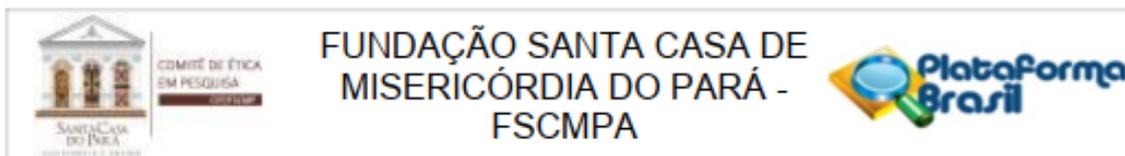
UF: PA

Telefone: (91)4009-2264

Município: BELEM

CEP: 66.050-380

E-mail: cep@santacasa.pa.gov.br



Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1701878.pdf	09/08/2021 09:04:00		Aceito
Outros	carta_resposta.pdf	09/08/2021 09:03:15	REGINA CELIA RIBEIRO BASTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_completo_e_termos.pdf	09/08/2021 09:00:08	REGINA CELIA RIBEIRO BASTOS	Aceito
Cronograma	cronograma_09_08_21.pdf	09/08/2021 08:58:37	REGINA CELIA RIBEIRO BASTOS	Aceito
Parecer Anterior	parecer_cep_4756592.pdf	06/07/2021 12:28:59	REGINA CELIA RIBEIRO BASTOS	Aceito
Folha de Rosto	digitalizar0051.pdf	23/02/2021 14:30:49	REGINA CELIA RIBEIRO BASTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	digitalizar0048.pdf	23/02/2021 14:30:06	REGINA CELIA RIBEIRO BASTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	digitalizar0049.pdf	23/02/2021 14:28:57	REGINA CELIA RIBEIRO BASTOS	Aceito
Declaração de concordância	aceite.pdf	18/02/2021 17:20:18	REGINA CELIA RIBEIRO BASTOS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	18/02/2021 17:18:14	REGINA CELIA RIBEIRO BASTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 01 de Setembro de 2021

Gabriela Ribeiro Farias
Coordenadora do Comitê
de Ética em Pesquisa

Assinado por: FSCMP

Gabriela Ribeiro Barros de Farias
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2284

CEP: 66.050-380

E-mail: cep@santacasa.pa.gov.br

ANEXO B - TAXONOMIA EM SEGURANÇA DO PACIENTE-OMS

1. Introdução:

Com o objetivo de padronizar o uso dos termos relacionados à segurança do paciente em instituições de saúde e entre os diversos setores que dela fazem parte, é adotada a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS), desenvolvida pela OMS em 2009 para facilitar a comparação, medição, análise e interpretação de informações e para melhorar o cuidado do paciente.

2. Conceitos-chave, definições e termos:

- **Paciente:** pessoa que recebe cuidado de saúde. Termo usado no lugar de consumidores ou clientes, pois é mais abrangente que esses termos.
- **Cuidado de saúde:** serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorar ou restaurar a saúde. Não limitado ao cuidado prestado por outros; inclui também o autocuidado.
- **Doença:** disfunção fisiológica ou psicológica.
- **Perigo [hazard]:** circunstância, agente ou ação que pode causar dano.
- **Evento:** algo que acontece com ou envolve o paciente.
- **Fatores contribuintes:** circunstâncias, ações ou influências que desempenham um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou no aumento do risco de incidente.
- **Incidente ligado ao cuidado:** evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente
- **Incidente sem dano:** o evento atingiu o paciente, mas não causou dano discernível. O erro se concretiza no paciente, mas não causa dano. Quase lesão. Exemplo: a unidade de sangue acabou sendo transfundida para o paciente, mas não houve reação.
- **Incidente com dano (Evento adverso):** incidente que resulta em dano ao paciente ou erro que se concretiza no paciente e causa dano. Exemplo: é feita infusão na unidade errada de sangue no paciente e este morre por reação hemolítica.
- **Erro:** definido como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. **Erros** são não-intencionais, enquanto **violações** são intencionais, embora raramente maliciosas, e podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos. Pode ocorrer por fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução.
- **Violação:** divergência deliberada de um procedimento, um padrão ou uma regra. Tanto erros quanto violações aumentam o risco, até mesmo se um incidente não ocorre realmente.

- **Risco:** probabilidade de um incidente ocorrer.
- **Dano:** dano da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo. Inclui doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte, e pode, assim, ser física, social ou psicológica.
- **Dano associado ao cuidado de saúde:** dano surgido por ou associado a planos ou ações realizadas durante o cuidado de saúde ao invés de a uma doença de base ou lesão. O **dano associado ao cuidado de saúde** reconhece que o cuidado de saúde é prestado por diversos indivíduos, incluindo pacientes, em locais diversos (ambulatório, casa, entre outros).
- **Circunstância risco** (incidente notificável): circunstância em que houve potencial significativo para o dano, mas o incidente não ocorreu. Exemplo: um desfibrilador presente na sala de emergência que não funciona, apesar de não ter sido necessário o seu uso.
- **Near miss:** incidente que não atingiu o paciente ou erro que não se concretiza no paciente. Exemplo: unidade de sangue conectada ao paciente de forma errada; erro detectado, porém, antes do início da transfusão.
- **Detecção:** ação ou circunstância que resulta na descoberta de um incidente. Mecanismos de detecção podem ser parte do sistema ou podem resultar de um processo de checagem, de vigilância ou de “consciência” da situação.
- **Fator de mitigação:** ação ou circunstância que previne ou modera a progressão de um incidente de causar dano a um paciente. O mecanismo que pode causar o dano [damage] começou, mas este ainda não ocorreu ou não chegou ao dano [harm] máximo possível.
- **Resultado do cuidado [patient outcome]:** impacto em um paciente que é total ou parcialmente atribuível a um incidente.
- **Lesão:** dano para os tecidos causado por um agente ou um evento.
- **Sufrimento:** experiência de algo subjetivamente desagradável. Inclui dor, mal-estar, náusea, vômito, depressão, agitação, medo e aflição.
- **Incapacidade:** qualquer tipo de limitação relacionada à estrutura ou função do corpo, limitação de atividade e/ou restrição de participação na sociedade, associado a um dano passado ou presente.
- **Resultado na organização [organizational outcome]:** impacto em uma organização que é total ou parcialmente atribuível a um incidente.
- **Ação de melhoria:** ação realizada ou circunstância alterada para melhorar ou compensar qualquer dano [harm] depois de um incidente.

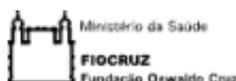
- **Ações tomadas para reduzir o risco:** ações tomadas para reduzir, administrar ou controlar qualquer dano futuro, ou a probabilidade de dano, associado a um incidente. Essas ações podem ser proativas ou reativas.
- **Ações proativas:** podem ser identificadas por técnicas como análises de efeito e análise probabilística de risco.
- **Ações reativas:** são aquelas tomadas em resposta aos aprendizados (*insights*) ganhos depois de um incidente ocorrido.
- **Qualidade:** grau com o qual os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.
- **Falha no sistema:** refere-se a uma falta, desarranjo ou disfunção no esquema operacional, processos ou infraestrutura de uma organização.
- **Melhoria no sistema:** resultado de cultura, processos e estruturas que estão relacionadas à prevenção de falha no sistema e à melhoria da segurança e da qualidade.
- **Análise das causas:** processo sistemático segundo o qual os fatores que contribuem para um incidente são identificados pela reconstrução da sequência de eventos e pelo constante questionamento do porquê da ocorrência do incidente até a sua elucidação.

2 - Classificação de incidentes com dano ou evento adverso:

Com a finalidade de facilitar a notificação, investigação e classificação de incidentes a OMS adota na ICPS as seguintes terminologias relacionadas aos incidentes com dano:

- **LEVE:** Paciente apresenta sintomas leves, perda de função ou danos mínimos ou moderados, mas com duração rápida, e apenas intervenções mínimas sendo necessárias (ex.: observação extra, investigação, revisão de tratamento, tratamento leve).
- **MODERADO:** Paciente sintomático, com necessidade de intervenção (ex.: procedimento terapêutico adicional, tratamento adicional), com aumento do tempo de internação, com dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.
- **GRAVE:** Paciente sintomático, necessidade de intervenção para suporte de vida, ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.
- **ÓBITO:** Dentro das probabilidades, em curto prazo o evento causou ou acelerou a morte do paciente. Também chamado de evento sentinela ou evento catastrófico.

ANEXO C- PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS (HSOPSC)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

Instruções

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

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

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

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

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

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

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

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

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

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

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

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

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

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

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

SEÇÃO C: Comunicação

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Nunca	Raramente	As vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

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

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

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

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

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

SEÇÃO F: O seu hospital

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

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

SEÇÃO F: O seu hospital (continuação)

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

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

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

- a. Nenhuma notificação d. 6 a 10 notificações
 b. 1 a 2 notificações e. 11 a 20 notificações
 c. 3 a 5 notificações f. 21 notificações ou mais

SEÇÃO H: Informações gerais

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

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

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

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

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

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

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

SEÇÃO H: Informações gerais (continuação)

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

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

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

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

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

7. Qual o seu grau de instrução:

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

8. Qual a sua idade? _____ anos

9. Indique o seu sexo:

- a. Feminino b. Masculino

SEÇÃO I: Seus comentários

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

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.