



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR) INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO

**A Importância da Cultura da Segurança do Paciente para a
Qualidade Hospitalar.**

**Caso de estudo: Hospital Filantrópico em Santa Catarina no
Brasil.**

Aline Kalçovik Antunes Lemos

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo para
obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de
Empresas

Orientada por

Professor Doutor José Luís da Rocha Ceia

Professora Mara do Carmo de Jesus Rocha

Viana do Castelo, Outubro de 2025.



ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO

**A Importância da Cultura da Segurança do Paciente para a
Qualidade Hospitalar.**

**Caso de estudo: Hospital Filantrópico em Santa Catarina no
Brasil.**

Aline Kalçovik Antunes Lemos

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo para
obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de
Empresas

Orientada por

Professor Doutor José Luís da Rocha Ceia

Professora Mara do Carmo de Jesus Rocha

Viana do Castelo, Outubro de 2025.

Resumo

A cultura de segurança do paciente é um indicador muito importante para verificar como estão implantadas as ações que garantem um desfecho seguro aos pacientes atendidos no ambiente hospitalar. Essa segurança abrange a prestação de cuidados sem eventos adversos inesperados em relação à sua condição clínica. Existe um empenho muito grande das organizações de saúde em querer direcionar esforços para melhorar o padrão da prestação de cuidado de saúde e serem percebidas pelo seu cliente e suas partes interessadas como um ambiente de alta confiabilidade que atende critérios validados de avaliação de qualidade e da sua dimensão segurança do paciente. Entender o resultado da percepção da cultura de segurança do paciente dos colaboradores da organização de saúde através de um instrumento validado de inquérito é uma opção assertiva em busca de implementar melhorias mais satisfatórias, pois permite identificar as fragilidades sistêmicas da instituição. Diante disso, este trabalho com a questão principal “Como o resultado da pesquisa de segurança do paciente pode promover o direcionamento de estratégias mais assertivas que contribuam para a Gestão da Qualidade e melhora dos resultados assistenciais”, procurou verificar a relação entre esses fatores dentro do ambiente hospitalar estudado. A investigação foi realizada no Hospital Filantrópico em Santa Catarina no Brasil, consistiu num estudo transversal descritivo, com metodologia qualitativa, quantitativa e método misto, baseado no questionário validado HSOPSC de método survey composto de 12 dimensões, com uma amostra de 140 formulários válidos. Após o levantamento dos dados, observou-se uma cultura de segurança do paciente fragilizada com necessidades de atuação em suas questões e dimensões frágeis para a promoção do seu fortalecimento, a fim de contribuir para melhorar o alcance dos padrões da gestão da qualidade e da busca da acreditação hospitalar.

Palavras-chave: Cultura Organizacional, Segurança do Paciente, Qualidade, Acreditação Hospitalar.

Abstract

Patient safety culture is a very important indicator for verifying how well actions are implemented to ensure safe outcomes for patients treated in the hospital environment. This safety encompasses the provision of care without unexpected adverse events related to their clinical condition. Healthcare organizations are making a significant effort to improve the standard of healthcare delivery and to be perceived by their clients and stakeholders as a highly reliable environment that meets validated quality assessment criteria and patient safety. Understanding the perception of patient safety culture among healthcare organization employees through a validated survey instrument is an assertive option for implementing more satisfactory improvements, as it allows for the identification of systemic weaknesses within the institution. Therefore, this work, with the main question "How can the results of patient safety research promote the development of more assertive strategies that contribute to Quality Management and improved care outcomes?", sought to verify the relationship between these factors within the studied hospital environment. The investigation was conducted at a philanthropic hospital in Santa Catarina, Brazil. It consisted of a descriptive cross-sectional study with qualitative, quantitative, and mixed-methods approaches, based on the validated HSOPSC questionnaire, a survey composed of 12 dimensions, with a sample of 140 valid forms. After data collection, a weakened patient safety culture was observed, indicating a need for action in its weak areas and dimensions to promote its strengthening, in order to contribute to improving the achievement of quality management standards and the pursuit of hospital accreditation.

Keywords:Organizational Culture, Patient Safety, Quality, Hospital Accreditation.

Dedicatória

Dedico esse trabalho a Deus, à minha família, aos meus pais (Edith e Sérgio), minhas irmãs (Janaina e Luciana) e amigos que acreditaram no meu sonho e estiveram ao meu lado durante a jornada. Em especial ao meu filho Gabriel e meu esposo Rafael pela força e parceria tão importantes para todo o processo do mestrado.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pois sem a fé eu nada seria.

Agradeço ao meu marido por ter acreditado no meu sonho do mestrado, por ter juntado nossas economias, foi preciso que ele ficasse no Brasil e fosse depois de 2 meses a Portugal para poder organizar tudo e levar nosso cachorro Jake.

Agradeço aos meus professores e colegas de mestrado.

Agradeço a todos que Deus colocou no meu caminho em Portugal, desde a Nadja que não me conhecia e hospedou a mim e meu filho em sua casa por 2 meses e é uma amiga querida até hoje, a Helenilce e a Débora por me auxiliarem no início e sempre se preocuparem com o meu filho, ao professor José de percussão que teve empatia e persistência com meu filho que é autista, a Claudia por ser nossa fiadora e estar sempre presente e os muitos colegas que me auxiliaram com dicas e informações valiosas, resalto a cumplicidade da minha xará Aline que foi minha vizinha em Amorosa e o Lucas colega da mesma cidade do Brasil.

Agradeço a Josângela uma colega de mestrado incrível que me auxiliou no início da minha candidatura e acompanhou todo o meu processo e que permanece até o momento do mesmo modo.

Agradeço as pessoas que nos abriram portas de trabalho em Portugal, com atenção especial a Adriana e a Ithiana.

Agradeço a dona Josefa que foi muito atenciosa e gentil durante o meu trabalho no café bar do IPVC.

Agradeço aos professores que acompanharam o meu tratamento depois do acidente de bicicleta, foi um período doloroso e difícil de 4 meses que foi seguido de uma cirurgia de reconstituição de ligamentos da mão, tudo aconteceu durante as aulas presenciais do mestrado.

Agradeço à professora e coordenadora Filipa por toda compreensão e empatia e por me incentivar a não desistir do mestrado ainda que nas condições que estava.

Agradeço aos orientadores: Professor Doutor José Luís da Rocha Ceia e a Professora Mara do Carmo de Jesus Rocha, por terem aceitado o desafio dessa pesquisa.

Agradeço ao Hospital no Brasil que abriu as portas para a realização dessa investigação, as lideranças que se comprometeram, a equipe que participou do inquérito da pesquisa e o setor do NQSP, em especial a Leandra que não mediu esforços para auxiliar na aplicação da pesquisa.

Agradeço a minha mãe por me dar colo e abrigo tranquilo para a escrita do trabalho, a Sara colega de mestrado que acompanhou as várias etapas de lutas e incertezas e a minha prima Sandra por me incentivar em cada etapa a não desistir.

Lista de Abreviaturas e/ou Siglas

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

ACR– Análise de Causa Raiz

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APNOR – Associação de Politécnicos do Norte

BSC –*Balanced Score Card*

CDC– Código de Defesa do Consumidor

CQH – Controle de Qualidade Hospitalar

CSP – Cultura de Segurança do Paciente

EA– Evento Adverso

GQT– Gestão da Qualidade Total

HQBC–*Healthy Quality BC*

HFMEA–*Health-care Failure Mode and Effect Analysis*

IHI – *Institute for Healthcare Improvement*

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

IQG – Instituto Qualisa de Gestão

IOM–*Institute of Medicine*

IRAS–Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

ISO – *International Standard Organization*

NOTIVISA– Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária

NQSP – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

NSP– Núcleo de Segurança do Paciente

OMS– Organização Mundial da Saúde

ONA – Organização Nacional de Acreditação

PNSP– Plano Nacional de Segurança do Paciente

POP – Procedimento Operacional Padrão

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SNVS– Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SUS– Sistema Único de Saúde

UPP –Úlcera por Pressão

Índice Geral

Índice de Figuras	xvii
Índice de Tabelas	xix
Introdução.....	1
1. Enquadramento Teórico	5
1.1 Segurança do Paciente	6
1.2 Contexto Histórico da Segurança do Paciente	7
1.3 Legislação Brasileira relacionada a Segurança do Paciente	8
1.4 Definição de Qualidade	9
1.4.1 SGQ - Sistema de Gestão da Qualidade	10
1.4.2 Qualidade Total e suas ferramentas	11
1.4.2.1 Ferramentas Clássicas da Qualidade	12
1.4.3 Gestão de Processos	13
1.4.4 Qualidade em Saúde.....	14
1.5 Metodologias relacionadas a Segurança do Paciente	17
1.5.1 Definições da Classificação Internacional de Segurança do Paciente	17
1.5.2 Diagrama de Causa e Efeito	18
1.5.3 Metas Internacionais de Segurança do Paciente	19
1.5.4 Gerenciamento de Riscos	19
1.5.5 Notificação, Análise e Gerenciamento de Eventos Adversos	22
1.6 Cultura de Segurança do Paciente	24
1.6.1 Formas de Intervenção para melhoria da Cultura de Segurança do Paciente	26
1.6.2 Desafios na implementação da cultura de Segurança do Paciente	28
1.6.3 Benefícios da Cultura de Segurança do Paciente	30
2. Metodologia	32
3. Apresentação do estudo de caso	35
3.1 Princípios organizacionais.....	35
3.2 Objetivos estratégicos	36
3.3 Histórico na busca de melhorias	36
4. Análise dos Resultados	37

4.1 Dados da Amostra.....	37
4.2 Análise das Dimensões da Cultura de Segurança do Paciente	39
4.3 Análise de resultados de itens únicos	42
4.4 Análise das Hipóteses do Objetivo da pesquisa	43
4.5 Avaliação do Inquérito na Questão Aberta	50
Conclusões, Limitações e Futuras Linhas de Investigação	53
Referências Bibliográficas	57
Anexos.....	63
Anexo A Parecer da Comissão de Ética Médica.....	63
Anexo B Inquérito da Pesquisa: A Importância da Cultura de Segurança do Paciente para a Qualidade Hospitalar.	64

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo de processo genérico e Modelo de processo de administração de analgésico. .	14
Figura 2: Classificação do dano.	18
Figura 3: Grau, descrição e exemplos de incidentes.	22
Figura 4: Cultura de Segurança do Paciente.	23
Figura 5: Modelo de processo genérico e Modelo de processo de administração de analgésico. .	25
Figura 6: Estrutura, comportamento, atitudes e cultura.	28
Figura 7: Práticas Seguras: entre o real e o ideal.	30

Índice de Tabelas

Tabela 1: Exemplos de Ferramentas Clássicas da Qualidade....	12
Tabela 2: Algumas definições e conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente, OMS...	17
Tabela 3: Matriz para Avaliação de Risco Assistencial ...	21
Tabela 4: Análise do sexo dos entrevistados ...	38
Tabela 5: Análise da idade dos entrevistados ...	38
Tabela 6: Análise do grau de instrução dos entrevistados..	38
Tabela 7: Análise do cargo dos entrevistados	38
Tabela 8: Análise da principal área dos entrevistados	39
Tabela 9: Análise das Dimensões da Cultura de Segurança do Paciente do inquérito	39
Tabela 10: Nota da Segurança do Paciente	42
Tabela 11: Quantidade de relatórios de eventos preenchidos nos últimos 12 meses	42
Tabela 12: Análise do teste para Hipótese H1 do objetivo da pesquisa.	44
Tabela 13: Análise do teste para Hipótese H2 do objetivo da pesquisa..	45
Tabela 14: Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros..	47

Introdução

Conforme os hospitais se empenham incessantemente para aprimorar a segurança e a qualidade do atendimento ao paciente, a liderança do hospital começa a valorizar cada vez mais a relevância de criar uma cultura voltada para a segurança dos pacientes. A cultura de segurança do paciente diz respeito às convicções, princípios e regras compartilhadas por profissionais da saúde e equipe em toda a instituição, que impactam suas atitudes e condutas (Sorra et al., 2019).

Existem muitos problemas relacionados a falhas na Segurança do Paciente, de acordo com o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030, existe um número muito grande de pacientes que sofrem lesões e até morrem anualmente devido a cuidados de saúde inseguros, esse cenário aumenta as estatísticas de mortes e invalidez de forma mundial, com especial atenção a países de rendas baixa e média. O Plano destaca que é previsto que de cada 10 pacientes atendidos em um hospital de país de alta renda, um sofra um evento adverso. Para países de baixa renda é previsto que aconteçam 134 milhões de eventos adversos relacionados à assistência insegura, com um impacto de 2,6 milhões de óbitos anualmente. Ainda em concordância com as estimativas atuais, existe um custo social desses eventos que podem ser estimados entre US \$ 1 trilhão a US \$ 2 trilhões por ano.

Diante dos fatos elencados, é necessário direcionar atenção aos problemas de segurança do paciente no estado de Santa Catarina no Brasil, que segundo os dados do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), entre agosto de 2023 e a julho 2024 foram notificados 29.594 incidentes relacionados aos serviços de saúde no estado, deste total 84% de eventos adversos são de unidades hospitalares e 1% resultaram em óbitos. Na estratificação dos tipos de incidentes ou evento adverso se destacam: Falhas durante a assistência à saúde com 24%; Falhas envolvendo cateter venoso com 23%; Lesão por pressão com 13%; Queda do paciente com 7%; Falhas na identificação do paciente com 7%; Evasão do paciente com 6%; e Falhas envolvendo sondas com 5%. Em relação ao grau do dano das notificações se destacam: Nenhum com 43%; Leve com 46%; Moderado com 9%; Grave com 2%; Óbito com 1%. (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, [ANVISA], 2024).

Para Lee (2009), o setor de saúde enfrenta obstáculos gigantescos. A maioria dos pacientes dão prejuízo ao hospital. Acrescentando a falta de pessoal com qualificação e capacitação insuficiente que existem em praticamente todos estabelecimentos. De forma geral existe um sentimento de frustração por conta do desastre da cobertura insuficiente e onerosa de seguro de saúde. Os jovens não estão escolhendo exercer a profissão de enfermagem e trabalhar em hospitais. Muitos hospitais enfrentam questões financeiras graves e estão quase falidos pois existe uma constante depreciação dos reembolsos. Na contramão, os custos com tecnologias e remédios são altíssimos e não param de subir. Outra ameaça são a enorme quantidade de processos por erros médicos que afastam os profissionais médicos e impulsionam uma grande quantidade de requisitos e burocracia. Esses desafios, contudo, fazem parte de um pequeno retrato do setor.

Sabe-se que o cenário da saúde está distante da sua sustentabilidade, haja vista os prejuízos financeiros bilionários que também incidem para operadoras de saúde e sistema público, que são outras vítimas dos problemas da estrutura. Acresce a essa vertente os colaboradores das instituições de saúde que são de igual forma prejudicados e ficam desestabilizados com o impacto de seus erros. Muitas famílias arrasadas. Cidadãos que ficam inválidos ou morrem em decorrência de erros evitáveis. Para o autor a convergência de todos esses problemas é a falta de qualidade, ou a falta de gestão da qualidade, ainda que seja muito conhecido esse termo, a sua real compreensão está restrita a poucos (Instituto Qualisa de Gestão [IQG], 2024).

Entende-se que prestar um serviço com qualidade é condição fundamental para manter a competitividade em diferentes organizações, inclusive as organizações de saúde. Sendo através da qualidade que as empresas traçam estratégias para o melhoramento contínuo de seus serviços oferecidos aos pacientes, com o intuito de alcançar a satisfação com práticas de cuidados de excelência (Liberato et al., 2024).

Para dar respostas a essas problemáticas apresentadas, é essencial promover práticas reconhecidas e que garantam a segurança do paciente e a Cultura de Segurança do Paciente (CSP). Esse princípio tem se espalhado por instituições hospitalares, em razão de sua importância para setores que demandam elevada confiabilidade devido à complexidade dos procedimentos. A CSP favorece a implementação de métodos seguros e é vista como um indicador significativo de

qualidade. Ademais, ela ajuda a diminuir os riscos e a frequência de eventos adversos (Aquino et al., 2024).

Nessa vertente, a medição da qualidade dos serviços, o fortalecimento da Segurança do Paciente e a disseminação de uma cultura de segurança no setor de saúde são elementos fundamentais para aprimorar a prática segura no setor de saúde (Simanet et al., 2019).

Para conseguir medir o padrão de qualidade, é preciso entender que as instituições de saúde funcionam dentro de sistemas de alta complexidade, sendo necessária a avaliação de seus recursos estruturais necessários para que consigam atender o perfil e a demanda de seus usuários, e que consigam ter uma estrutura organizacional que entenda todas as interações e interdependência dos processos internos que a integra, bem como conseguir atingir seus resultados e alcançar a excelência no decorrer do tempo (Organização Nacional de Acreditação [ONA], 2022).

A questão principal da investigação é “Como o resultado da pesquisa da cultura de segurança do paciente pode promover o direcionamento de estratégias mais assertivas que contribuam para a Gestão da Qualidade e melhora dos resultados assistenciais?”. As hipóteses que se colocam nesta investigação para ir de encontro à questão principal são:

H1: É possível que diferentes profissionais de diferentes cargos hierárquicos do Hospital tenham percepções diferentes na avaliação da cultura da segurança do paciente;

H2: É possível que diferentes setores do Hospital tenham percepções diferentes na avaliação da cultura da segurança do paciente;

H3: É possível que o sistema de notificação de eventos adversos esteja fragilizado na avaliação da cultura de segurança do paciente;

H4: É possível que os processos de trabalho estejam fragilizados na avaliação da segurança do paciente;

H5: É possível que a percepção da liderança esteja fragilizada para a segurança do paciente;

H6: É possível que a comunicação esteja fragilizada para a segurança do paciente;

H7: É possível a gestão da qualidade e a acreditação hospitalar serem beneficiadas pelas ações direcionadas à segurança do paciente.

Para responder à questão principal da investigação, os seguintes objetivos foram propostos:

1. Analisar as respostas dos diferentes profissionais de diferentes cargos hierárquicos do Hospital para verificar se eles têm percepções diferentes na avaliação da cultura da segurança do paciente;
2. Analisar as respostas dos diferentes setores do Hospital para verificar se têm percepções diferentes na avaliação da cultura da segurança do paciente;
3. Analisar as respostas relacionadas à cultura de notificação para a verificação se o sistema de notificação de eventos adversos está fragilizado na avaliação da cultura de segurança do paciente;

4. Analisar as respostas relacionadas aos processos de trabalho para verificar se estão fragilizados na avaliação da segurança do paciente;
5. Analisar as respostas relacionadas a liderança para verificar se está fragilizada para a segurança do paciente;
6. Analisar as respostas relacionadas a comunicação para verificar se está fragilizada para a segurança do paciente;
7. Analisar pontos de melhoria através da pesquisa da cultura de segurança do paciente que possam favorecer a gestão da qualidade e a acreditação hospitalar.

A dissertação está estruturada em quatro capítulos que abordam distintos aspectos relacionados à segurança do paciente, cultura de segurança do paciente e a qualidade hospitalar. Após a introdução, o primeiro capítulo discute conceitos fundamentais e o panorama atual da segurança do paciente, cultura de segurança e qualidade hospitalar. O segundo capítulo detalha a metodologia adotada, incluindo procedimentos para coleta e análise de dados. O terceiro capítulo apresenta o caso de estudo. O quarto capítulo analisa os dados coletados através de inquérito. As considerações finais resumem os resultados, mostram as novidades, indicam as restrições da pesquisa e abordam e propõem direções para investigações futuras.

1. Enquadramento Teórico

A construção e manutenção de uma cultura voltada para a segurança do paciente é fundamental para a qualidade nos hospitais, pois cria um ambiente em que a segurança dos pacientes é a prioridade em todas as atividades, processos e em todos os níveis das hierarquias. Ela faz parte de um direcionamento desde a alta gestão do hospital e é replicada pelas lideranças que em seu posicionamento afirmam as condutas seguras e cobram essas práticas assistenciais de seus liderados. Essa abordagem implica incentivar uma comunicação transparente entre os membros da equipe de saúde, promover a interação entre os processos, identificar e aprender com erros, além de adotar protocolos e boas práticas que reduzam riscos e eventos adversos.

Nesse sentido, nossa pesquisa torna-se pertinente e necessária, pois busca compreender como os componentes da avaliação dessa cultura se relacionam e como estes podem contribuir para a mudança de comportamentos, atitudes e contribuir para um cuidado mais seguro prestado aos pacientes atendidos pela instituição de saúde.

No entanto, enfrentamos o desafio de desenvolver métodos genuínos e inovadores no tema, reconhecendo a complexidade inerente à produção de um novo conhecimento, pertinente e

complexo, que envolve não apenas os cuidados assistenciais, mas pessoas, processos, lideranças, sistemas de notificação, comunicação, e que são afetados pela cultura de segurança do paciente. Essa que por sua vez se configura como um elemento essencial para a excelência e efetividade dos serviços de saúde, impactando diretamente a qualidade hospitalar.

1.1 Segurança do Paciente

A Segurança do Paciente de acordo com a definição amplamente aceita do Programa Nacional de Segurança do Paciente-PNSP (2013, Art. 4.º item I) é “a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”. Sendo assim, para o contexto Hospitalar é de fundamental importância que os resultados assistenciais sejam seguros e dentro do esperado para o caso clínico do paciente.

Sob o mesmo ponto de vista e com ampliação do conceito, o Plano Global para a Segurança do Paciente (2021), verifica-se como sendo evidenciada por ações estruturais que são organizadas e padronizadas para criar culturas, processos e documentações, ações comportamentais, tecnologias e estruturas físicas de saúde de forma a conseguir reduzir os riscos com sustentabilidade e consistência, reduzir a ocorrência dos danos evitáveis, fazendo que os erros tenham uma menor probabilidade e reduzir o impacto do dano caso eles aconteçam.

Já na Resolução da Diretoria Colegiada- RDC nº 63 (2011) em seu Art. 8.º é estabelecida a obrigatoriedade de os serviços de saúde adotarem estratégias para a Segurança do paciente que são: Identificação do Paciente; Higienização das Mãos; Medidas para Prevenir e controlar os eventos adversos relacionados à prestação do serviço de saúde; Metodologias que garantam a segurança nas cirurgias; Diretrizes para a administração segura de fármacos, sangue e componentes do sangue; Métodos para evitar quedas nos pacientes; Métodos para evitar úlceras de pressão e Diretrizes para incentivar o envolvimento do paciente na assistência oferecida.

Devido a essa importância apresentada anteriormente, destaca-se Andrade et al.(2018), que entendem a Segurança do Paciente como sendo uma dimensão relacionada a qualidade do cuidado em saúde e para conseguir melhorar o seu desempenho é necessário que a organização aprenda as interações que acontecem em sua composição, os autores ainda observam que existe uma forte recomendação do Instituto de Medicina dos Estados Unidos para que a SP seja parte de objetivos amplamente divulgados pela instituição de saúde, sendo de prioridade máxima das lideranças e incorporando a sua importância dentro da cultura organizacional.

Seguindo a abordagem de olhar sistêmico, a norma ONA (2022), entende como necessário a organização de saúde estabelecer uma política documentada de segurança do paciente, que determine as boas práticas para o funcionamento do serviço, abordando aspectos de qualidade e segurança. O objetivo é reduzir ao mínimo aceitável o risco de danos desnecessários aos pacientes. Essa política precisa explicar como a instituição vai seguir as leis relacionadas à segurança do paciente. Além disso, é fundamental que esse documento inclua pelo menos: diretrizes sobre o consentimento informado e esclarecido; um compromisso institucional em promover um cuidado centrado no paciente, respeitando seus direitos e deveres; um processo

claro para divulgar eventos adversos e oferecer apoio a profissionais, pacientes e familiares; núcleo de segurança do paciente; sistema para notificar e tratar incidentes e eventos adversos; práticas para identificar corretamente do paciente; práticas para prevenir quedas; práticas para prevenir lesões por pressão; práticas para a cirurgia segura; práticas para a higiene das mãos; práticas para a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; processo para divulgar os incidentes relacionados à segurança do paciente.

1.2 Contexto Histórico da Segurança do Paciente

Observa-se em Gottschall (2007) a importância de Hipócrates de Cós, que no V século a.C., introduziu o método indutivo na medicina, com a sistematização do cuidado de forma integrada com diagnóstico, prognóstico e tratamento, fundamentado nas causas e efeitos e no aprendizado que se obtém da experiência. Conseguindo o êxito de inaugurar uma ciência, estabelecer uma postura científica e moralizar o exercício da medicina. Também se verifica que com o famoso juramento de não causar dano que se baseia no princípio da não maleficência, ele preconiza que as ações médicas devem enfatizar o benefício para o paciente e a responsabilização do médico.

Já no século XIX houve a importância da enfermeira inglesa Florence Nightingale, o cenário vivido na época era de práticas assistenciais precárias, com falta de higiene e ausência de conhecimento médico científico adequado, essas situações corroboravam para uma mortalidade elevada nos hospitais. A falta de condições de higiene adequadas, com muita frequência acarretavam em infecções generalizadas, piorando ainda mais a situação. A atuação da enfermeira Florence Nightingale foi fundamental para a mudança da história da enfermagem, pois ao liderar uma equipe de enfermeiras na guerra da Criméia, ela implementou medidas sanitárias de higiene das roupas e materiais, saneamento ampliado, higiene das mãos, higiene dos ambientes e necessidade de arejar o alojamento dos enfermeiros e melhorar a adesão as recomendações dos médicos. O desfecho das boas práticas foi a redução da mortalidade dos soldados feridos (Silva et al., 2023).

Para Novaes & Pavan (2017), foi o cenário pós-guerra que impulsionou as melhorias para um novo perfil de atendimento hospitalar, nesse contexto o Colégio Americano de Cirurgiões buscou estabelecer parcerias com associações de classes médicas e grupos para propagar padrões idealizados ao atendimento do paciente cirúrgico, nascendo dessa parceria em 1951 a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH), que implantou o programa de Acreditação regional, a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*.

Ainda de acordo com Novaes & Pavan (2017), desde 1990 a América Latina por meio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), tem promovido os processos de acreditação hospitalar em suas discussões; nesse mesmo período surge o (CQH) Controle de Qualidade Hospitalar que fornece coleta e análise de dados referente aos serviços hospitalares. E em 1998, através de incentivo do Ministério da Saúde, foi realizada a revisão e unificação dos instrumentos utilizados para avaliação, estabelecendo a Organização Nacional de Acreditação (ONA), que em 1999 apresentou o Programa Brasileiro de Acreditação.

No ano de 2000 foi publicado um importante relatório *Errar é Humano*, pelo *Institute of Medicine* (IOM). Esse estimou que ocorrem mais de 98 mil mortes de pacientes por ano no país da análise em decorrência de eventos adversos relacionados ao cuidado de saúde. Através dessa análise houve uma mudança de paradigma e rompeu-se o silêncio em relação aos erros médicos e suas consequências, pois todos profissionais estão sujeitos a errar. Como melhoria houve uma proposta para permitir uma abordagem nacional, com impactos estadual e local que alcançasse a criação de um cuidado mais seguro, a diminuição dos erros médicos e o fortalecimento da segurança do paciente. Esse relatório também apontou que a problemática fundamental do sistema não está nas pessoas mal-intencionadas, mas sim nas pessoas bem-intencionadas que trabalham em sistemas deficitários que necessitam de maior segurança. De forma direta e concisa apresentou as abordagens eficazes para melhorar a segurança do paciente nos Estados Unidos (Kohn et al., 2000).

Outro progresso para a Segurança do paciente pode ser visto em Magalhães e Behrens (2020), que discorrem sobre a importância da Organização Mundial da Saúde (OMS), que na sua 55.^a Assembléia Mundial da Saúde aprovou a resolução WHA 55, de 18 de maio de 2002. Essa normativa foi uma convocação aos países membros para prestarem uma maior atenção ao problema de segurança do paciente, melhorarem os seus sistemas, terem embasamento científico em suas ações, para o fortalecimento da segurança e qualidade dos serviços de saúde prestados aos pacientes. Já no ano de 2004, houve o lançamento pela OMS da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, estabelecendo recomendações para a promoção da melhoria contínua e desenvolvimento de conhecimento na área da segurança do paciente.

Em 2004, houve a importante iniciativa do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) que foi o movimento “Salve 100.000 vidas” para prevenir mortes evitáveis nos Estados Unidos, envolveu os hospitais em um comprometimento de adotarem métodos de atendimentos com comprovação científica e melhorar o atendimento aos pacientes dos serviços de saúde, essa durou 18 meses, conseguiu envolver três mil hospitais nos Estados Unidos e como estimativa a campanha contribuiu para salvar mais de 122.000 mil vidas (IQG, 2024).

Magalhães e Behrens (2020), relatam, que o aprendizado do movimento *To Err Is Human* é que a prestação de cuidados de saúde é muito mais complexa do que se imaginava, e na continuidade dessa afirmativa houve a recente publicação pela *National Patient Safety Foundation* do resumo da evolução dos 15 anos do relatório *To Err Is Human*, que constatou que as melhorias da segurança do paciente aconteceram de forma muito mais lenta do que era esperado.

1.3 Legislação Brasileira relacionada a Segurança do Paciente

A Legislação Brasileira é rica em proporcionar critérios técnicos relacionados à matéria da segurança do paciente, estes por sua vez devem ser seguidos pelos estabelecimentos de saúde e fiscalizados o seu cumprimento pelos órgãos responsáveis pelos licenciamentos e alvarás sanitários, pode-se destacar:

- Em 1999 foi criada a Lei n.º 9782/1999, que define a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), essa prevê atividades para regulamentar, normatizar, controlar e fiscalizar dentro da área de vigilância sanitária.

- Já no ano de 2011 foi estabelecida a Resolução da Diretoria Colegiada, RDC 63/2011 que regulamenta as boas práticas necessárias ao funcionamento do serviço de saúde e estabelece instruções para envolver o paciente no cuidado de saúde.

- Um outro importante avanço foi em 2013, a Portaria MS/GM n.º 529/2013 que instituiu o Plano Nacional de Segurança do Paciente - PNSP, para promover uma padronização de conceitos relacionados à segurança do paciente e das estratégias necessárias para serem implantadas num sistema de saúde para o alcance de um cuidado mais seguro e a sua adoção em todo o território nacional. Entre as justificativas para a legislação estão: a grande importância dos Eventos Adversos (EA) para o Brasil; conseguir dar prioridade a agenda da OMS no que se refere ao tema Segurança do Paciente; promover a integração dos diferentes órgãos públicos, conselhos profissionais de saúde, suas gestões, instituições de ensino para um olhar multidisciplinar para a segurança do paciente; promover o enfoque necessário à gestão de riscos que deve estar direcionada para a qualidade e segurança do paciente, e estar em alinhamento a princípios e diretrizes, que são o estabelecimento da cultura de segurança; a implementação sistêmica e estruturada da gestão de riscos; a promoção da integração de todos os processos do cuidado e interação desses com processos administrativos dos estabelecimentos de saúde; cuidado baseado em evidências, ter transparência, ser inclusivo, promover a responsabilização, sensibilização, responder com agilidade às mudanças. A última justificativa para a adoção da legislação se dá na necessidade de conseguir alcançar as lideranças, colaboradores e usuários dos serviços de saúde com ações estratégicas que consigam como resultado reduzir a ocorrência dos eventos adversos nos serviços de saúde.

- No mesmo ano para subsidiar as ações do PNSP, a Anvisa cria a RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013, que é uma norma da Agência que define medidas para garantir a proteção do paciente em instituições de saúde. Suas principais diretrizes são: Criação obrigatória do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP); Definição de iniciativas para fortalecer a segurança do paciente e aprimorar a qualidade dos serviços de saúde; Acompanhamento de incidentes e eventos adversos; Relato mensal de eventos adversos; e Informar sobre eventos adversos que resultem em morte em até 72 horas. A legislação tem como objetivos: Implementar medidas para a proteção do paciente em instituições de saúde; Fomentar e auxiliar a execução de ações focadas na segurança do paciente e elevar a qualidade dos serviços de saúde.

1.4 Definição de Qualidade

Qual é o conceito de qualidade? Ao definir a qualidade é preciso entender o olhar de quem está avaliando, quem está sendo o juiz, pois apenas quem avalia pode definir a qualidade. Quem é o responsável pela qualidade? Na perspectiva do trabalhador, ele gera qualidade se puder se orgulhar de sua atividade laboral. Para ele, uma má qualidade pode representar a perda de

negócios e até mesmo do seu trabalho. Ele acredita que a qualidade elevada manterá a empresa no setor. Para o gestor de fábrica, qualidade significa produzir a quantidade programada e cumprir as especificações. Não importa se ele sabe ou não, sua função também inclui o aprimoramento contínuo dos processos e o aprimoramento contínuo de sua liderança. Um produto ou serviço detêm qualidade quando consegue ajudar uma pessoa e usufrui da sustentabilidade de um mercado positivo (Deming, 1990 e Deming, 1997).

Na Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR ISO) 9000:2015 no seu item 2.2.1, verifica-se a qualidade como sendo: A empresa que tem foco em qualidade incentiva uma cultura que fomenta comportamentos, atitudes, ações e procedimentos que geram valor ao atender às necessidades e expectativas dos clientes e das demais partes interessadas relevantes. Para a norma, a qualidade dos produtos e serviços não se limita apenas à sua função e desempenho esperados, mas também à sua funcionalidade e performance real, contudo, também o seu valor percebido e a vantagem para o cliente. Sendo definida pela habilidade de satisfazer as necessidades dos clientes e pelo efeito desejado e não desejado nas partes interessadas relevantes.

A fim de alcançar os pressupostos apresentados, é importante entender que a qualidade resulta de uma ação conjunta e não do departamento de qualidade, do grupo de qualidade ou de qualquer outro nome que se queira atribuir a alguns indivíduos que se preocupam com o tema, que na verdade deve ser uma preocupação de todos. Assim, recomenda-se não confinar a qualidade a um departamento, mas tratá-la de maneira institucional. Se apenas um setor do hospital for encarregado da qualidade, os demais não se sentirão na responsabilidade de procurá-la (Burmester, 2013).

1.4.1 SGQ - Sistema de Gestão da Qualidade

A ABNT NBR ISO 9001:2015 detalha os requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade que devem ser implantados e seguidos pela organização que almeja estar em conformidade com a norma de gestão. Para a escolha da decisão de implementar o sistema de gestão da qualidade é necessário que seja uma decisão estratégica da empresa, pois essa auxilia na melhora dos resultados globais e proporciona uma fundamentação segura para iniciativas que buscam a sustentabilidade. Como benefícios de adotar a norma se encontram: a) habilidade para oferecer produtos e serviços de maneira consistente, atendendo tanto às necessidades dos clientes quanto às normas estatutárias e regulamentares pertinentes; b) proporcionar chances para melhorar a satisfação dos clientes; c) gerenciar os perigos e oportunidades relacionados ao seu contexto e objetivos; d) capacidade de comprovar a aderência aos requisitos definidos no sistema de gestão da qualidade.

A norma ABNT NBR ISO 9001:2015, utiliza a metodologia baseada em processos, incluindo o ciclo PDCA (Plan, Do, Check e Act) e o raciocínio orientado para o risco. A perspectiva centrada em processos possibilita a uma organização planejar seus processos e suas interações relacionadas. A abordagem baseada em risco possibilita a uma organização identificar os elementos que podem causar desvios nos seus processos e no sistema de gestão da qualidade

em relação aos resultados planejados, estabelecer controles preventivos para reduzir os impactos negativos e maximizar as oportunidades.

Para Novaes e Pavan (2017), a ISO 9000:2015 estabelece princípios para o gerenciamento da qualidade, incluindo: Liderança; Ênfase no cliente; Habilidade e comprometimento dos colaboradores; Gestão de processos; Melhoria; Tomada de decisões fundamentada em informações; Gestão de Relacionamentos.

1.4.2 Qualidade Total e suas ferramentas

O movimento pela qualidade foi iniciado em meados da década de 30, com a conceituação de garantia da qualidade, traduzido por W.A. Shewart em ferramentas gráficas para controlar a produção, com a aplicação de métodos estatísticos para garantir no processo produtivo a prevenção de falhas de produtos que estivessem fora de requisitos especificados. Promovendo assim, a evolução conceitual que antes era focada na inspeção e segregação dos produtos finais (Novaes & Pavan, 2017).

Já Burmester (2013), aborda que os conceitos mais atuais de gerência da qualidade foram estabelecidos pela União Japonesa de Cientistas e Engenheiros, em que W. Edwards Demings contribuiu com o controle estatístico da qualidade, Joseph M. Juran com a importância das pessoas para a promoção da revolução japonesa de qualidade, e Kaoru Ishikawa com o controle da qualidade total. Esses esforços impulsionaram a recuperação do Japão no período pós Segunda Guerra Mundial, se disseminando primeiramente nos Estados Unidos e depois na década de 1950 foram espalhados de forma mundial.

Sobre os teóricos do período da Gestão da Qualidade Total (GQT) verifica-se no estudo de Fell (2021), 1º houve a afirmativa do teórico Juran (1990) do controle da qualidade ser um descobrimento norte-americano e que promoveu a diminuição dos riscos de entrega de produtos defeituosos aos consumidores. 2º Ishikawa (1993) complementa, notando que, mesmo sendo uma invenção americana, o controle de qualidade teve um desempenho superior nas empresas japonesas, fenômeno que ficou conhecido como Revolução da Qualidade Japonesa. E segundo o mesmo Ishikawa (1993), o modelo de administração adotado pelos japoneses permitiu uma atualização dos seus princípios estabelecidos, por meio de táticas inovadoras, como o estímulo a treinamentos para todos os cargos e níveis hierárquicos, além da busca por melhorias contínuas na qualidade dos serviços prestados e produtos produzidos. 3º Notou-se a centralização da GQT na formulação de seus princípios em um grupo limitado de teóricos de práticas de gestão e que ficaram conhecidos como gurus ou mestres da qualidade, destacando Edward Deming, Joseph Juran, Kaoru Ishikawa, e Philip Crosby. 4º Embora esses gurus da GQT apresentem diferentes perspectivas sobre alguns métodos, conceitos e ferramentas de qualidade, de certa forma, suas ideias e esforços se complementam, permitindo que todos sejam considerados teóricos da GQT.

Paladini (2025), destaca a contribuição dos teóricos do período da GQT por desenvolverem características particulares para reconhecer a GQT. Assim, menciona-se a ideia da melhoria

continua como sinônimo de qualidade total, o que atribui uma particularidade específica à GQT. Essa por sua vez é fundamental para promover a estruturação de modelos de excelência da organização, e teve sua estruturação conceitual através de Joseph Juran, que inaugura a definição da sigla.

Maximiano 2000, detalha os princípios e técnicas dos principais autores para a Qualidade Total.

- Deming: Corrente de clientes (abordagem de clientes e fornecedor em cada estágio do processo); Realizar certo na primeira vez; 14 princípios; Inspeção não gera qualidade; Ciclo PDCA.
- Feigenbaum: Gestão da Qualidade Total; O cliente é quem define a qualidade; Qualidade é um problema de todos; Para gerenciar a qualidade é necessário um sistema; Qualidade é dependente das pessoas.
- Ishikawa: Todos os colaboradores e setores da empresa são responsáveis pela qualidade; Metodologia para resolução de problemas de qualidade; Círculos da qualidade; Diagrama de Ishikawa.

A melhoria da qualidade é um processo contínuo, sistemático e incremental; A melhoria contínua é um dos pilares fundamentais da Gestão pela Qualidade Total (TQM – *Total Quality Management*); Assim, um processo de melhoria contínua assenta em dois vetores determinantes: Filosofia/Valores; Ferramentas e Métodos.

1.4.2.1 Ferramentas Clássicas da Qualidade

As práticas de Gestão que foram conhecidas como Gestão pela Qualidade Total (GQT), no início, consistiam na aplicação de métodos quantitativos, através, primordialmente, das ferramentas estatísticas e orientação dos recursos humanos para alcance da melhoria contínua, aí inserido em todos os processos dentro da organização, de modo a atenderem às necessidades dos clientes (Fell, 2021).

Esses métodos foram traduzidos em ferramentas de qualidade, utilizadas para identificar, examinar e sugerir alternativas para questões que podem surgir durante o funcionamento dos processos de trabalho. Essas técnicas foram primeiramente implementadas nas indústrias e continuam a ser empregadas hoje em dia, graças aos resultados positivos que proporcionam (Burmester, 2013).

A seguir conforme tabela 1, seguem exemplos de Ferramentas da qualidade que originaram das contribuições dos movimentos GQT.

Tabela 1: Exemplos de Ferramentas da Qualidade.

Nome	Definição e objetivos da ferramenta da qualidade
Fluxograma	Metodologia utilizada para realizar a representação de processos, em que promove o detalhamento dos passos de uma determinada tarefa através da utilização de símbolos gráficos.
Diagrama de Causa e Efeito	Método para realizar a categorização das potenciais causas de problemas por grupo investigado, estabelecendo a relação com o efeito (problema) em estudo. Também

	conhecido como diagrama de Espinha de Peixe e/ou Diagrama de Causa e Efeito.
Diagrama de dispersão	Recurso gráfico que ajuda a identificar as causas principais de determinado problema, através da análise e tendência realizadas no grupo de dados estudado.
Folha de verificação	Forma estrutura para coletar amostra de dados para verificar posteriormente.
Histograma	É uma forma de representar dados quantitativos em classes de frequência.
Gráfico de controle	Viabiliza analisar o comportamento específico de um processo em um tempo determinado, conseguindo determinar se um processo é estável ou instável.
Diagrama de pareto	Utilizado para mensurar quais dos itens em análise estão representando a maior parcela de erros ou problemas, contribui para priorizar os problemas que serão corrigidos

Fonte: Adaptado de Novaes & Pavan (2017, p.36-114)

1.4.3 Gestão de Processos

Verifica-se em Dias (2023), que a uniformização de processos é crucial para a instituição, pois possibilita que a maneira mais eficaz de realizar um atendimento ou procedimento seja aplicada em todas as suas possibilidades. O padrão de atendimento ou comportamento no contexto da assistência à saúde, nomeia-se de protocolo assistencial, procedimento operacional padrão, linhas de cuidado, *bundles* (pacotes de cuidados oferecidos de forma simultânea). Os protocolos contribuem para o cuidado seguro da organização, desde que se baseiem em evidências científicas e possuam o apoio da equipe de assistência.

Para pensar em estabelecer a gestão de processos, é necessário o direcionamento para a padronização. Num ambiente hospitalar essa está interligada a estabelecimento de protocolos clínicos e procedimentos operacionais padrão (POPs), para o alcance dessa padronização é possível a utilização da ferramenta da qualidade PDCA: Onde no Plan (planejar) é realizada o planejamento das atividades com as definições das metas; No Do (desenvolver) é a fase da execução do processo com evidências de dados e registros que permitam sua verificação posterior, Check (controlar), é a etapa para monitorar e comparar os dados do planejamento com os da execução e registrar os achados de desvios; e Act (agir corretamente), em que são propostas as soluções para os problemas para promover a melhoria contínua dos processos (Burmester, 2012).

A organização tem processos que podem ser estabelecidos, mensurados e aprimorados. Esses processos interagem para fornecer resultados que estejam em conformidade com as metas da organização e as fronteiras multifuncionais. Alguns podem ser considerados críticos, enquanto outros não. Nesse modelo, as atividades estão interligadas com as entradas para gerar saídas (ABNT NBR ISO 9000:2015).

Para os autores Caiafaet al (2017), devem ser observadas as características fundamentais para realizar a abordagem de processo: 1. Entender as atividades que recebem entrada e convertem em saídas com controles e recursos; 2. Identificar e gerenciar processos interligados; 3. Promover a interação entre os processos, pois a saída de um processo é a entrada de um outro processo.

Figura 1: Modelo de processo genérico e Modelo de processo de administração de analgésico.



Fonte: Adaptado de Caiafaet al., (2017, p. 937)

Nessa vertente dentro do ambiente hospitalar é necessário entender e formalizar os processos de trabalho, analisar seus desdobramentos em subprocessos e a relação de cliente e fornecedor. A exemplo no Processo do serviço de nutrição deve ser mapeado: a compra e recebimento de alimentos; a forma do preparo dos alimentos; a distribuição dos alimentos e a avaliação nutricional. Já no processo da prestação de cuidados de enfermagem na unidade de internação devem ser estabelecidas as etapas: recepção do paciente no setor; processos de cuidado e manejo do paciente e processos de alta da unidade (Burmester, 2012).

1.4.4 Qualidade em Saúde

Ainda que a qualidade esteja numa visão intrínseca e óbvia na prestação dos cuidados de saúde, de forma lamentável nem sempre existe essa garantia (Kern, 2019). No contraponto dessa observação Lohret al. (1990), apresentam a definição da qualidade do cuidado como sendo a medida na qual os serviços de saúde para populações e indivíduos aumentam a probabilidade de desfechos de saúde favoráveis e são coerentes com evidências científicas atuais.

Couto (2020), destaca que no contexto de atendimento de serviços hospitalares, a medição das características da qualidade do processo podem ser vistas nos eventos adversos oriundos das internações que resultem em desfechos de óbito, condições adquiridas, aumento da média de permanência e reinternações hospitalares não planejadas.

Na conceituação da qualidade do cuidado observa-se um importante contributo de Martins (2019), que é a tríade estrutura, processo e resultado, desenvolvida por Donabedian (1980).

- Na estrutura encontram-se os aspectos em que o cuidado é oferecido ao paciente, envolvendo a estrutura física do serviço com seus recursos materiais, tecnologias e equipamentos empregados; os recursos humanos que compreende o dimensionamento, qualificação, disponibilidade de ampla variedade que contemple todos os profissionais necessários ao cuidado, como da equipe médica e de enfermagem, abrangendo as atividades relacionadas ao ensino e pesquisa, estilo de liderança, protocolos clínicos disponíveis e métodos de aferir o desempenho

dos profissionais envolvidos no cuidado ao paciente. Nos recursos financeiros relacionados à assistência são elencadas as formas de que é feito o pagamento do cuidado e dos profissionais.

- No processo são observadas as etapas necessárias para oferecer o cuidado ao paciente, ou seja, todas as etapas desde o diagnóstico até a alta do paciente do serviço de saúde, abrangendo todas as atividades desempenhadas pelos profissionais de saúde responsáveis por oferecer o cuidado ao paciente.

- Na conceituação do resultado deve-se atentar para as mudanças no estado de saúde que resultaram após as intervenções do cuidado prestado ao paciente, a avaliação deve permitir verificar se as alterações foram desejáveis ou indesejáveis. Se houve a satisfação em relação ao cuidado prestado com aumento da sobrevida do paciente e melhora do seu estado físico mental ou se se teve evento adverso que podem resultar em sequelas e óbitos decorrentes do cuidado.

Para desenvolver um sistema de gestão da qualidade na saúde, esse precisa de uma estruturação sistêmica e pode ser visto no Manual da ONA a orientação do estabelecimento da política de gestão da qualidade documentada, que deve conter minimamente: auditorias internas; ferramentas da qualidade; gestão de documentos; gestão de indicadores; gestão de protocolos; planejamento para gerenciamento de riscos assistenciais e riscos institucionais e mapeamento de processos (ONA, 2022).

De forma prática a definição da incorporação da qualidade em hospitais se encontra em IQG (2024), implica na tradução de diversos conhecimentos e na sua acessibilidade para a equipe multidisciplinar que forma a instituição. Frequentemente, os profissionais do hospital desconhecem os perigos inerentes a esse ambiente, o que os impede de compreender a relevância para a implementação da qualidade e as melhores estratégias para prevenir eventos adversos, como infecções hospitalares.

1.4.5 Formas de Medição da Qualidade em Saúde

Utilizada para medir o alcance da conformidade e a qualidade do desfecho dos processos assistenciais, administrativos e de apoio em comparação a requisitos previamente estabelecidos. A auditoria e/ou avaliação interna serve como estratégia educativa pois consegue alcançar os diversos níveis da instituição de saúde. Essa pode ser utilizada para verificar diversos critérios, desde procedimentos, processos, protocolos, gestão de riscos, legislação, compliance, requisitos de acreditação/certificação nacionais e internacionais, requisitos relacionados a qualidade e requisitos institucionais que podem contribuir de forma significativa para a promoção de ciclos de melhorias (Cirino et al., 2024).

Na análise dos autores Caiafa et al. (2017), a auditoria interna deve contemplar as seguintes etapas: 1. Programação, onde deve ser definido a periodicidade a ser realizada, escopo, objetivos, programação com as datas e horários das auditorias; 2. Planejamento, nessa fase deve ser determinada a equipe de auditores com a observação dos conhecimentos técnicos e comportamentais e se necessário solicitar suporte de especialistas, para além dos conhecimentos das normas a serem auditadas deve ser respeitado os critérios de objetividade e imparcialidade,

com a premissa de um auditor não poder auditar seu próprio processo, ainda nessa fase é realizada a preparação dos documentos da auditoria e feita a comunicação com os auditados; 3. Execução, com o plano de auditoria em mãos a equipe de auditores realiza a verificação da conformidade nos processos dos auditados, com base em amostras de evidências coletadas, deve ser escolhido o mais crítico dos processos para essa amostragem. As evidências devem ser objetivas com a atuação dos auditores em registros, entrevistas, observação, de modo a constatar se os critérios da auditoria estão sendo atendidos pelos auditados, dúvidas devem ser sanadas e tudo deve ser devidamente registrado nas evidências das auditorias; 4. Consenso e elaboração do relatório, terminadas as fases anteriores a equipe de auditores precisa se reunir e chegar num consenso, é feita a verificação em conjunto das evidências para confirmação do enquadramento das não conformidades e evidências objetivas, e estabelecidas as recomendações da auditoria. Para a etapa seguinte que é a reunião final é realizada pelo auditor líder a apresentação do relatório e feita a negociação de prazos de planos de ações para as correções necessárias pelos auditados; 5. Auditoria de seguimento, é realizado a depender da natureza das não conformidades encontradas uma auditoria de seguimento para acompanhar a execução das ações que foram estabelecidas.

Dentro da auditoria interna também pode-se encontrar a auditoria clínica que para Dias (2023), pode ser realizada de forma retroativa, avaliando a trajetória de um paciente específico no registro médico de seu prontuário, com uma análise crítica, para verificar se todas as etapas do atendimento foram seguidas, com base na condição de saúde, sinais, sintomas e evidências clínicas, assim como os resultados obtidos. Este procedimento pode ajudar na avaliação da eficácia clínica.

No estudo de Lemos et al.(2023), verifica-se que existe um empenho cada vez maior das instituições de saúde buscarem oferecer um serviço com excelência. Nesse sentido a Gestão da Qualidade têm exercido um papel fundamental para a conquista da Acreditação, que como benefícios oferece credibilidade ao serviço por meio do reconhecimento externo e direciona melhor as atividades internas na busca das melhorias contínuas de suas atividades. Para os autores o processo de acreditação consiste na atuação de um órgão externo que avalia a instituição de saúde e verifica se a mesma está em conformidade com um agrupamento de requisitos, cedendo a mesma após essa verificação um certificado que atesta essa concordância.

A acreditação amplamente aceita no Brasil para avaliação de hospitais e serviços de saúde é a ONA. No site da ONA em seu Mapa de Acreditações acessado em 12/01/2024, verificou-se um total 1550 Instituições de Saúde Acreditadas no Brasil, sendo desse total 425 Instituições Hospitalares; quando aplicado o filtro para o Estado de Santa Catarina foram encontradas 17 Instituições Hospitalares de um total de 66 Instituições de Saúde no Estado.

A avaliação da ONA, deve ser realizada nos componentes da estrutura, processo e resultado e na relação de dependência que acontece entre as variáveis avaliadas, em que a estrutura fornece o apoio para que os processos possam ser realizados, e os processos são executados para a

promoção dos resultados. A abordagem da avaliação acontece de forma sistêmica avaliando os processos de trabalho e suas conexões com os resultados(ONA, 2022).

Pode-se constatar uma relação direta da metodologia da ONA com a tríade de Donabedian já mencionada anteriormente. O método da ONA, também estabelece as dimensões da Qualidade que devem orientar o desempenho da organização para atendimento aos requisitos sendo eles: Segurança, a organização deve promover um cuidado que evite lesões aos pacientes; Efetividade, em que o cuidado deve estar baseado em conhecimentos científicos, evitar excessos e cuidados subutilizados; Centrado no Paciente, fornecer um tratamento com orientação aos valores individuais, preferências, necessidades dos pacientes no direcionamento das decisões clínicas; Oportuna, com a redução de esperas que possam ser prejudiciais ao cuidado; Eficiência, que vise uma assistência racional que evite desperdícios de recursos; Equidade, onde o cuidado prestado não tem variação de acordo com as características pessoais dos pacientes, como o gênero, etnia, sua condição socioeconômica ou a sua origem geográfica (ONA,2022).

1.5 Metodologias relacionadas a Segurança do Paciente

1.5.1 Definições da Classificação Internacional de Segurança do Paciente

A compreensão dos conceitos e definições da segurança do paciente que se relacionam a incidentes, como circunstância de risco, *near miss*, incidentes com dano e sem dano, bem como o entendimento do que deve ser notificado, é muito importante para todos os colaboradores das organizações de saúde, em especial aos que realizam as notificações, pois essas informações irão compor a qualidade do relato e subsidiar a sua investigação.(Melgarejo et al., 2019).

Tabela 2 – Algumas definições e conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente, OMS.

Conceito	Definição
Erro	Falha em executar uma ação planejada conforme pretendido ou aplicação de um plano incorreto., podendo ser resultado de uma ação indevida (comissão) ou da falta de ação correta (omissão), seja durante o planejamento ou a execução. (Por exemplo, realizar uma colonoscopia sem ter feito previamente testes de sangue oculto é um erro de comissão, enquanto não solicitar esses testes é um erro de omissão.)
Violação	Refere-se a um descumprimento intencional de normas ou procedimentos. Ambos os casos (erros e violação) aumentam o risco, que é a chance de um incidente acontecer, variando de circunstâncias relatas a eventos adversos que causam danos ao paciente
Dano	Refere-se ao comprometimento da estrutura ou função do corpo, podendo resultar em doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, englobando aspectos físicos, sociais ou psicológicos.
Risco	Probabilidade de um incidente acontecer.
Incidente	Pode ser uma circunstância notificável, quase erro, incidente sem dano ou incidente prejudicial (evento adverso).
Circunstância notificável	São situações com potencial de causar dano, que não resultam em incidentes. (por exemplos um desfibrilador que não funciona ao ser levado na emergência).
Near miss	Quase erros, são erros detectados antes de causarem danos ao paciente.
Incidente sem dano	Ocorre quando um evento afeta o paciente, mas não causa prejuízo visível. (por exemplo, uma bolsa de sangue foi infundida, mas não era incompatível).
Evento adverso	Resulta em danos ao paciente, como a infusão de sangue incompatível, que pode levar a consequências fatais. (por exemplo, a bolsa de sangue errada foi infundida e o paciente foi a óbito de uma reação hemolítica).

Fatores contribuintes	São condições que podem ter influenciado a ocorrência de um incidente e podem ser externos, organizacionais ou relacionados à equipe e ao paciente, podendo atuar como precursores de eventos adversos.
Segurança do paciente	É a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência à saúde a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se às noções coletivas de conhecimento atual, recursos disponíveis e contexto em que o cuidado foi prestado, ponderados em relação ao risco de não tratamento ou de outro tratamento.

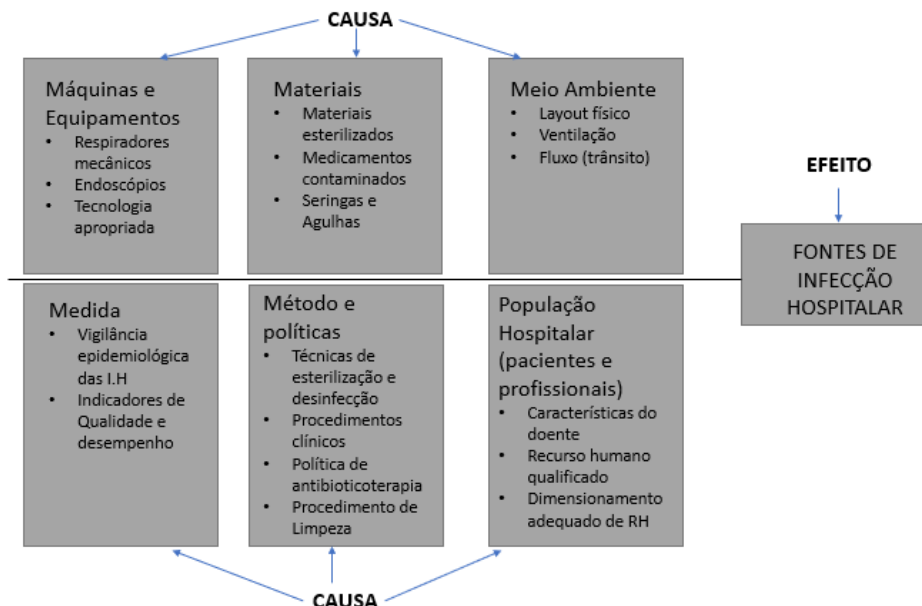
Fonte: Adaptado de WHO(2009 p. 15-16).

1.5.2 Diagrama de Causa e Efeito

Já citado no item 1.4.1.1, é também conhecido como diagrama de Ishikawa, espinha de peixe, o Diagrama de Causa e Efeito é uma ferramenta da Qualidade que se relaciona com a Segurança do Paciente. Uma vez que permite a categorização das causas de um possível problema, sendo possível a categorização 6 M, pois os problemas com frequência acontecem em decorrência de: método empregado; mão de obra; material empregado; máquinas (equipamentos); medição (indicadores utilizados) ou meio ambiente em que ocorre o problema. Essas perguntas não são exaustivas para a resolução do problema, uma vez que ao aplicar o que, como, quando e aonde é possível detectar causas em pacientes, fornecedores, processos ou outros fatores (Burmester, 2013).

Na figura abaixo (Figura 2) encontra-se uma importante contribuição da ferramenta na investigação das causas de um problema de Infecção Hospitalar.

Figura 2: Fatores de Infecção Hospitalar (Diagrama de Causa e Efeito).



Fonte: Adaptado de Burmester(2013, p.54).

Para Novaes & Pavan (2017), o diagrama de Ishikawa, possibilita a representar um efeito, que de modo geral se associa a uma característica de qualidade e os fatores que influenciam, ou seja as causas estratificados em categorias.

1.5.3 Metas Internacionais de Segurança do Paciente

A aplicação das metas nas Instituições de Saúde fomenta uma assistência focada na diminuição ou eliminação de riscos, criando um ambiente seguro não só para o paciente, mas também para todos. As metas internacionais de segurança do paciente têm um papel crucial na promoção de práticas de saúde seguras, aprimorando a assistência prestada, salvaguardando a saúde e o bem-estar dos pacientes, além de proteger profissionais e entidades de saúde contra as consequências de erros e falhas nos processos de assistência. (Lucena & Anna, 2023).

No Brasil, as metas internacionais foram instituídas por meio de duas portarias do Ministério da Saúde, a saber: Portaria n.º 1.377, de 9 de julho de 2013 que aprova os protocolos: Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Úlcera por Pressão e Portaria n.º 2.095, de 24 de setembro de 2013 que aprova os Protocolos: Prevenção de Quedas; Identificação do Paciente e Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. Essas portarias orientam com modelos de protocolos em seus anexos, para serem seguidos pela instituição de saúde. Os objetivos principais dos protocolos são:

- Higiene das mãos: Promover e implementar a higiene das mãos nos serviços de saúde do país, com o objetivo de prevenir doenças. Prevenir e gerir as infecções associadas à assistência à saúde (IRAS), com o objetivo de garantir a segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos os participantes no serviço de saúde.
- Úlcera por Pressão: Promover medidas preventivas da ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele.
- Cirurgia segura: Determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes, eventos adversos e óbitos cirúrgicos, permitindo a melhora da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local certo e no paciente certo, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura.
- Prevenção de Quedas: Diminuir a incidência de quedas de pacientes nos locais de atendimento e o prejuízo resultante, através da implementação de ações que incluam a avaliação de risco do paciente, assegurem assistência multiprofissional em um ambiente seguro e incentivem a educação do paciente, seus familiares e profissionais.
- Identificação do Paciente: Assegurar a correta identificação do paciente, com a finalidade de reduzir a ocorrência de eventos. A identificação do paciente deve garantir que a prestação do cuidado de saúde seja para a pessoa destinada a ele.
- Segurança na Prescrição, uso e administração de medicamentos: Incentivar o uso seguro de medicamentos em estabelecimentos de saúde.

1.5.4 Gerenciamento de Riscos

A definição de risco, pode ser entendida como a probabilidade da combinação de uma situação não desejável e sua consequência, sendo de responsabilidade da liderança a identificação,

análise e tratamento para minimizar os riscos da instituição de saúde mais significativos que tenham o potencial de prejudicar a sua imagem e capacidade da mesma conseguir cumprir a sua missão (Burmester, 2012).

De acordo com Homem (2022), a percepção do risco é crucial para a correta interpretação dos fatores comportamentais que influenciam as atividades e tarefas. Embora não seja inata e intrínseca ao ser humano, ela pode e deve ser aprimorada. Para realizar essa análise, é necessário compreender a relação entre a presença do perigo e a interação com um indivíduo. Todas as pessoas se encontram em situações de risco todos os dias, tornando-se imprescindível compreender as causas desses comportamentos e as reações das pessoas quando estão nessas circunstâncias. Ainda de acordo com Homem (2022), a definição mais adequada de risco é a incerteza, ou seja, a avaliação subjetiva da possibilidade de um acidente específico acontecer e o impacto que isso pode causar em valores monetários, danos ou vidas humanas.

Para Brasil (2017), a Gestão de riscos pode ser evidenciada como: A Implementação sistemática e constante de políticas, procedimentos, ações e recursos para detectar, examinar, avaliar, comunicar e gerir riscos e eventos negativos que impactam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a reputação institucional.

Na perspectiva de Dias (2023), a gestão de riscos se relaciona com a governança do cuidado, e é importante analisar os riscos no enfoque estratégico e no operacional, com o objetivo de trabalhar os riscos clínicos em cada etapa do cuidado. Nessa abordagem devem ser avaliados os riscos de forma sistêmica, a exemplo do risco de contratar um falso médico, risco de contratar profissionais da saúde que tenham histórico criminal, riscos relacionados à comunicação da governança do cuidado, riscos na indicação de órteses e próteses que estejam envolvidos em conflitos de interesses, riscos da adoção de novas tecnologias e práticas clínicas. O autor ainda salienta que os riscos clínicos devem estar representados junto aos processos assistenciais, alcançando as especialidades, as equipes multiprofissionais do hospital e a padronização de protocolos e linhas de cuidado. Em que através do conhecimento dos riscos bem como a implementação das barreiras de segurança, como exemplo prescrição padronizada, colaboram para o controle e medição dos riscos e dos processos.

Uma forma de realizar o levantamento de riscos dos processos da organização de saúde pode ser encontrada em Andrade et al (2017), conforme exemplo da tabela 3.

Tabela 3: Matriz para Avaliação de Risco Assistencial.

Eventos Adversos Infeciosos e Não Infeciosos		Processo Crítico: Prevenção da disseminação de bactérias multirresistentes		
1. PERIGO (ATIVIDADE CRÍTICA)	2. POSSÍVEIS INCIDENTES E FALHAS	3. CAUSAS DOS INCIDENTES	4. POSSÍVEIS DANOS (CONSEQUÊNCIAS DAS FALHAS)	5. MITIGAÇÃO DOS INCIDENTES (PREVENÇÃO E CONTROLE)
Controle do uso de antibióticos	Ausência de padronização conforme perfil epidemiológico da instituição	Falha na capacitação Falha no planejamento das atividades Falha ou ausência de comissão de padronização Dificuldade da coleta de dados	Aumento da resistência antibiótica	Acompanhamento das atividades do cronograma de atividades descritos no PCIH Instituir a comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos Avaliação do Perfil epidemiológico da instituição
	Ausência de protocolo de uso racional de antimicrobiano	Falha no planejamento das atividades Falha ou ausência da comissão de padronização Falha na capacitação Comunicação ineficaz	Aumento da resistência antibiótica	Acompanhamento das atividades do cronograma de atividades descritos no PCIH Instituir a comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos Avaliação do Perfil epidemiológico da instituição
	Ausência de auditoria de antibióticos	Falha nas atividades de capacitação Falha no planejamento das atividades Dimensionamento inadequado Falha no método definido Indisponibilidade/ Falha de sistema	Aumento da resistência antibiótica	Alerta no sistema com sinalização dos pacientes em uso do antibiótico que ainda não foram avaliados Análise da prescrição pela farmácia
	Ausência de treinamento da equipe para o uso racional de antimicrobianos	Falha na capacitação Falha no planejamento das atividades Dimensionamento inadequado Comunicação ineficaz entre os setores	Aumento da resistência antibiótica	Cronograma de treinamento
	Falta da justificativa médica para o uso de antibiótico	Falta de capacitação Falta de atenção Método inadequado, método desatualizado Material utilizado para registrar está desatualizado Falha na divulgação do procedimento Procedimento está desatualizado	Aumento da resistência antibiótica	Avaliação da prescrição médica
	Avaliação inadequada dos parâmetros de necessidade de suporte ventilatório	Resultados dos exames laboratoriais inadequados Método inadequado ou desatualizado Falta ou falha de capacitação	Piora na situação respiratória do paciente	Avaliação multidisciplinar Discussão do caso clínico pela equipe

Fonte: Andrade et al. (2017, p.963).

Para análise dos riscos apresentados na tabela 2, identifica-se em Trivellato & Nascimento (2020), a análise prospectiva que são ferramentas para serem aplicadas antes da ocorrência de eventos adversos, o exemplo do Health-care Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA), que é utilizado para identificar as possíveis falhas e instituir as medidas corretivas necessárias.

1.5.5 Notificação, Análise e Gerenciamento de Eventos Adversos

Existe uma necessidade cada vez maior que as instituições de saúde enxerguem o erro como ferramenta de aprendizado e melhoria da qualidade assistencial, para esse alcance se faz necessário que seja estabelecida a cultura de segurança do paciente. A documentação das falhas é importante para identificar e calcular a frequência dos incidentes, além de analisar suas causas e gravidade. Assim, o exame desses dados possibilita a criação de estratégias e a alocação de recursos que realmente aumentem a segurança do paciente. (Saes & Peterlini, 2014).

No entendimento de Martins (2019), os eventos adversos na saúde são danos e se relacionam a dimensão da segurança do paciente, podem ser considerados como falhas relacionadas à qualidade do cuidado e a mudança indesejável que acontece no estado de saúde do doente, ela não está relacionada ao problema existente e sim ao cuidado de saúde que lhe foi prestado. Essa mudança não desejada que o doente sofre, podem resultar em eventos adversos que causam morte, incapacidade, doença ou insatisfação com o serviço prestado. Esses eventos podem ser estratificados dentro de um sistema de notificação, a saber de acordo com a extensão do dano que ele produz no paciente/cliente e/ou profissional de saúde. Observar figuras 3 e 4.

Figura 3: Classificação do dano.



Fonte: Adaptado de Kern (2019, p.96).

Quando o serviço recebe o relato de uma notificação essa deve ser investigada e realizada a categorização conforme figura 3 e figura 4, para posterior investigação com as pessoas e setores envolvidos. A escolha do método a ser aplicado na investigação deve estar baseada na expertise da equipe no manejo das ferramentas; nos recursos que a organização tem a sua disposição e na cultura da organização para as tratativas dos eventos adversos (Bevilaqua et al., 2023).

Figura 4: Grau, descrição e exemplos de incidentes.

Grau do dano	Descrição	Tratamento/ intervenções	Exemplo
Nenhum	Assintomático ou sem sintoma detectado.	NÃO	Paciente recebe medicamento errado e nada acontece.
Leve	Perda da função ou danos mínimos que se manifestam com rápida duração.	SIM Observação, revisão do tratamento.	Paciente recebe medicamento errado e desenvolve reação alérgica que para com antialérgico e resolve o problema.
Moderado	Paciente sintomático, dano ou perda da função permanente ou de longo prazo com aumento do tempo de internação.	SIM Procedimento terapêutico adicional.	Paciente recebe medicamento errado e desenvolve reação alérgica intensa, necessitando de mais tratamento e aumento no tempo de internação.
Grave	Diminuição da expectativa de vida com grande perda de função permanente.	SIM Necessidade de intervenção para suporte de vida.	Paciente recebe medicamento errado e desenvolve choque anafilático por conta de reação alérgica, necessidade de internação em UTI.
Óbito	Evento causa morte ou acelera o processo		Paciente recebe medicamento errado e desenvolve reação alérgica, choque anafilático, é levado a UTI sob intubação e ventilação mecânica e desenvolve pneumonia associada à ventilação, evoluindo para choque séptico e óbito.

Fonte: Adaptado de Melgarejo et al. (2019, p.29).

Fonseca (2014), destaca a abordagem teórica de Reason, que a avaliação do erro pode ter duas vertentes: a perspectiva do indivíduo e a perspectiva do sistema. A perspectiva do indivíduo foca nas ações inseguras das pessoas que estão na linha de frente, ou seja, nos equívocos e na transgressão dos procedimentos estabelecidos pelos profissionais de saúde, a partir de um padrão mental que inclui: esquecimento, falta de atenção, desleixo, baixa motivação, negligência e imprudência. Por outro lado, a perspectiva do sistema reconhece que os seres humanos cometem erros e que isso é uma ocorrência natural, até mesmo em instituições de alta qualidade. Essa visão não coloca em destaque a maldade humana ou atribui ao indivíduo toda a responsabilidade pelos erros. Os mecanismos de defesa desempenham um papel fundamental, e o aspecto mais crucial é compreender como e por que essas defesas falharam.

Para Kern (2019), o início do gerenciamento de eventos adversos em organizações de saúde geralmente se inicia nas respostas aos problemas detectados, ou seja, a forma reativa. E com o amadurecimento do entendimento elas começam a inserir os atributos de uma gestão de riscos mais avançada, e evoluem para a gestão de riscos na metodologia proativa, que consegue efetuar o levantamento de riscos e perigos de forma a antecipar os problemas e evitar que causem estragos, para o autor as duas metodologias na prática acabam por coexistir e se complementar.

Segundo o mesmo autor, comumente podem ser utilizados três tipos de metodologias para a investigação de eventos adversos: Análise de Causa Raiz (ACR) que busca o levantamento das evidências após o acontecimento do evento; Protocolo de Londres que também busca em sua investigação evidências de retrospectiva e a Análise de Modos e Efeitos de Falhas (FMEA) que tem como objetivo a antecipação do que pode acontecer de eventos adversos.

A implementação do protocolo de Londres é um processo complexo, pois engloba várias ações. No entanto, é uma abordagem relevante para concluir a avaliação do incidente e sugerir medidas para corrigir os erros. Atualmente, é um instrumento utilizado para examinar incidentes que causam danos e são graves ou fatais. Em certos hospitais, a mesma abordagem é empregada na avaliação das comissões de óbito após a detecção de um óbito que poderia ser evitado. Essa

decisão é baseada no parecer da comissão, estabelecendo assim um processo de investigação sólido e consistente (Mello & Chritovam, 2020).

Mello & Chritovam (2020), detalham as etapas que não podem faltar no Protocolo de Londres: 1.º Decisão para investigação, com base no grau do dano, consequências para a instituição de saúde e na oportunidade de transformar em aprendizado; 2.º Selecionar a equipe de investigação, precisa ter pessoas com expertise na investigação e lideranças das unidades hospitalares (direção médica, direção da enfermagem, entre outros); 3.º Coleta e organização dos dados, todos os acontecimentos relacionados com o evento devem ser levantados o mais rápido possível como as anotações do prontuário de todos os profissionais envolvidos no cuidado, documentação padronizada relacionada ao evento (procedimentos, protocolos, exames), evidências de auditoria desses documentos, entrevistas com os envolvidos no evento, evidências físicas como equipamentos, vídeos, fotos, e informações relevantes que possam ter contribuído ao incidente; 4.º Realizar a cronologia do incidente, incluir todos os dados levantados num mapa de cronologia e disponibilizar de forma visual para todos os envolvidos, para poder proceder a definição do cenário e o levantamento dos fatores contribuintes; 5.º Identificar os fatores contribuintes, refletir sobre os fatores de tarefa, fatores individuais (pessoa), fatores da equipe, fatores do ambiente do trabalho, fatores da organização e fatores da gestão; 6.º Realizar as recomendações e plano de ação, detalhar todas as melhorias necessárias para corrigir os fatores contribuintes identificados pela investigação, deve ser feita a priorização no plano de ação dos fatores de maior impacto para a segurança do cuidado, definir os responsáveis pelas ações, o prazo, recursos, monitoramento do cumprimento das ações, elaborar estratégias para realizar a medição da efetividade do plano de ação.

1.6 Cultura de Segurança do Paciente

Para início da conceituação é preciso entender o que é cultura, para Healty Quality BC (HQBC 2014), Cultura representa nosso modo de pensar - nossos valores, nossas atitudes, nossas percepções e nossas convicções. Também é a maneira como nos comportamos - nossos costumes e atitudes habituais. Não se refere a um indivíduo, refere-se a todos nós. Cultura consiste nas convicções que partilhamos, nas expectativas mútuas, no que é visto como normal e na forma como nos comportamos. No final das contas, ela estabelece o funcionamento da nossa organização. Trata-se do "modo como realizamos as tarefas aqui".

Na sequência verifica-se definição do PNSP 2013, a Cultura de Segurança se estabelece com base em cinco características que são implementadas pela gestão de segurança da organização:

a) Uma cultura em que todos os colaboradores, incluindo aqueles que cuidam dos pacientes e os gestores, se sentem responsáveis pela sua própria segurança, assim como pela segurança dos colegas, dos pacientes e de seus familiares; b) Uma cultura que coloca a segurança como prioridade, acima de metas financeiras e operacionais; c) Uma cultura que incentiva e recompensa a identificação, comunicação e solução de problemas relacionados à segurança; d) Uma cultura que, a partir de incidentes ocorridos, promove o aprendizado dentro da organização; e) Uma

cultura que oferece recursos, estrutura e responsabilização para garantir a manutenção eficaz da segurança.

Nota-se que para alcançar a Cultura de Segurança do Paciente se faz necessário a junção de princípios, condutas, habilidades, entendimentos e comportamentos de grupos e indivíduos que instituem a responsabilização, o método e a gestão da segurança dos pacientes nas unidades de saúde. (Anvisa, 2023).

De maneira geral, nota-se entre os especialistas e nas iniciativas realizadas por organizações internacionais um crescente interesse e dedicação na busca por alternativas que diminuam o risco para os pacientes, mantenham a qualidade no atendimento médico e criem métodos e técnicas eficazes que identifiquem a natureza e o tipo da cultura de segurança dos profissionais e de suas áreas nos hospitais. Assim, a análise da cultura de segurança é considerada o primeiro passo para iniciar na organização as ações destinadas a promover transformações que minimizem a ocorrência de incidentes adversos, assegurando, por consequência, a oferta de cuidados médicos seguros (Reis, 2013).

A cultura de segurança do paciente pode ser avaliada ao definir o que é relevante e quais ações e comportamentos são recompensados, apoiados, esperados e aceitos em relação à proteção do paciente. É crucial disseminar uma cultura de segurança do paciente, uma vez que ela está presente em diversos âmbitos: nos sistemas de saúde, hospitais, departamentos e unidades (Sorraet al., 2019). Essa exemplificação dos autores pode ser evidenciada na Figura 5.

Figura 5: Cultura de Segurança do Paciente.



Fonte: Adaptado de Sorraet al. (2019, p.9).

A cultura de segurança do paciente se manifesta em estágios conforme o estudo de Reis (2014), Na "patológica", cultura imatura, a segurança é enxergada como um problema causado pelos colaboradores. Na cultura "reativa", a instituição inicia o olhar para a segurança com maior seriedade, mas as atitudes acontecem apenas após a notificação de incidentes. No estágio "calculada" da cultura, existe gestão da segurança, mas as iniciativas se desenvolvem de forma vertical, com processos de gerenciamento/gestão de risco e direcionamento na coleta/recolha de dados. No estágio da cultura "proativa", há um número maior de colaboradores envolvidos no

direcionamento para a identificação e correção dos problemas de segurança, prevenindo a ocorrência de incidentes; e por último, no estágio de maturidade mais alto, na cultura “geradora”, existe a participação de todos os níveis da organização, com aumento da confiança.

1.6.1 Formas de Intervenção para melhoria da Cultura de Segurança do Paciente

Um método para alcançar a melhoria da Segurança do Paciente comumente aceito, é iniciar pela sua medição, e segundo Abreu et al. (2019), é importante a avaliar a cultura de segurança do paciente de um hospital, pois promove um direcionamento para que as fragilidades sejam identificadas e as ações necessárias a serem iniciadas e mantidas possam ser definidas no planejamento da organização para o alcance de uma assistência mais segura.

Nesse direcionamento a medição da cultura de segurança em uma instituição de saúde, para além de possibilitar identificar fragilidades e necessidades de melhorias que devem ser implementadas, consegue acompanhar o progresso da cultura de segurança em determinado período de tempo, e permite que sirva de modelo de comparação interno e externo para a promoção e implementação dos processos de mudanças necessários (Brás et al., 2023).

Um instrumento amplamente aceito no Brasil para realizar a medição da cultura da segurança do paciente é o HSOPSC que segundo Abreu et al. (2019) o formulário têm um total de 42 perguntas relacionadas à cultura de segurança do paciente e estão organizadas em 12 dimensões: Trabalho em equipe; Percepção da conduta da liderança para a promoção da segurança do paciente; Aprendizado organizacional – melhoria contínua; Apoio da direção do hospital para a promoção da segurança do paciente; Avaliação geral da segurança do paciente; Retorno e comunicação sobre erros; Abertura para comunicação; Quantidade de eventos notificados; Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares; Quadro de colaboradores; Transferências internas e passagem de plantão; Retorno não punitivo ao erro.

Para HQBC (2014), ao direcionar esforços para estabelecer uma cultura fortalecida, é importante considerar todos os fundamentos que constituem a cultura. Tal como as engrenagens do funcionamento de uma máquina, cada um dos componentes é crucial para o êxito da equipe e para se ter uma forte estrutura da cultura. Se apenas um componente for fraco ou não estiver presente, essa condição já pode afetar a performance do grupo de trabalho. Esses elementos são: Liderança; Cultura Justa; Segurança Psicológica; Confiança e Condições de trabalho.

Na importância do posicionamento das lideranças para as melhorias, de acordo com as recomendações da ABNT NBR ISO 9000:2015, para essa temática estão: comunicar a missão, visão, estratégia, políticas e normas da organização para toda a organização; desenvolver e manter valores compartilhados, garantir conduta imparcial e ética em todos os níveis hierárquicos; criar uma cultura de confiabilidade e integridade; estimular um compromisso para a qualidade em toda a organização; assegurar que os líderes em todas as hierarquias sejam exemplos positivos para as pessoas na organização; fornecer às pessoas recursos, orientação e autoridade necessários para garantir atitudes responsáveis e transparentes.

Para alcançar uma cultura justa, é preciso tratar as notificações de eventos adversos e de quase erro de maneira respeitosa e adequada. Em essência, a questão principal é a necessidade da construção da confiança. Pequenas expressões de respeito e respostas apropriadas aos eventos notificados vão sendo acumulados com o tempo e criando a confiança (HQBC, 2014).

Na sequência destaca-se, a importância de promover um ambiente favorável a segurança psicológica no local de trabalho, para que seja impulsionador de melhorias nas notificações dos eventos adversos. Em sua definição a segurança psicológica se refere à convicção de que tanto as consequências formais quanto as informais dos riscos interpessoais, como solicitar auxílio ou reconhecer um erro, não serão punitivas. Em contextos psicológicos seguros, indivíduos acreditam que, caso cometam um erro ou solicitem assistência, os demais não responderão de maneira negativa. Em vez disso, a sinceridade é tanto admitida quanto aguardada (Edmondson, 2020).

Como condições de trabalho para a intervenção da cultura, é preciso enxergar de forma sistêmica com um olhar nas redes micro e macroinstitucionais, pois os processos estão sempre em constante atividade e movimento e estão diretamente ligados a uma linha produtiva que tem como foco o fluxo da assistência ao paciente. Onde esses serviços necessitam fornecer aos pacientes durante a prestação do cuidado de saúde, recursos, insumos e infraestrutura (Cirino et al., 2024).

Para além do aprimoramento da qualidade técnica dos serviços de saúde, é essencial definir os graus de confiança entre o paciente e os profissionais de saúde. Essa se relaciona com a compreensão que para o alcance da qualidade, se faz necessário o olhar para o contexto social as relações interpessoais, os valores e a confiança (IQG, 2024). A confiança se relaciona com o lado humano nas ações de promoção de segurança, segundo Cirino et al. (2024) é necessário promover a mudança de comportamento e atitude das pessoas para alcançar uma grande transformação do setor de saúde tendo como desfecho a modificação da cultura. E todos os envolvidos com o sistema de saúde sejam os colaboradores internos, bem como os parceiros externos e demais partes interessadas do serviço devem estar participando dessa transformação.

Também é importante intervir nas notificações, com destaque a análise de Melgarejo et al. (2019), as organizações de saúde devem conscientizar de forma contínua os seus colaboradores da importância da notificação, e o relato deve ser feito com qualidade, estando correto e completo, também deve dispor de formulários que sejam simples e de fácil entendimento, para que seja inserido nas práticas da cultura assistencial. Para os autores o sistema de notificação colabora com a responsabilização individual e coletiva dos profissionais por incentivar a vigilância do sistema, contribuindo com a cultura justa pois permite que esteja estabelecido um sistema de segurança em que as notificações sejam parte de suas atribuições diárias em que todos estão motivados a notificar e têm conhecimento do que é ou não aceitável.

Na concordância da importância do lado humano e da intervenção das notificações, destacam-se as intervenções educativas que priorizam a redução das subnotificações dos eventos adversos, de forma a ampliar o tema com os profissionais envolvidos no cuidado da saúde. Em que as ferramentas utilizadas para disseminar o conhecimento podem ser aulas presenciais, palestras,

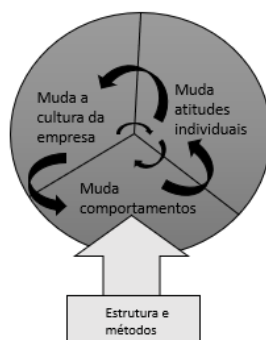
preparação de materiais impressos, avaliação e estudo de casos clínicos, como também aplicação de inquéritos para medir o entendimento dos profissionais (Kern, 2019).

Também pode-se relacionar a importância do olhar para o paciente como agente de seu próprio cuidado, reforçado em Brasil (2017), que destaca que é importante o entendimento de que o paciente deve estar na centralidade das preocupações dos profissionais e da alta liderança das organizações de saúde, responsáveis pela segurança do paciente. Nessa abordagem uma transformação acontece ao incluir o paciente na participação ativa das decisões relacionadas ao seu cuidado, pois o mesmo deixa de ser apenas um receptor de cuidados e passa a estar ciente de suas responsabilidades, direitos e obrigações e pode contribuir para que o tratamento seja mais seguro e mais efetivo. Sendo assim, a cooperação de todos os profissionais envolvidos com o paciente e seus familiares contribui para um desfecho mais assertivo no tratamento. Nesta abordagem, é necessário promover uma mudança cultural nos serviços de saúde, de forma que os profissionais possam incentivar e apoiar uma postura mais ativa por parte dos usuários desses serviços.

1.6.2 Desafios na implementação da cultura de Segurança do Paciente

Para Langley et al. (2011), um desafio para implementar a cultura é a resistência à mudança, e para contrapor a ela é preciso entender que alcançar a mudança de cultura de uma organização de saúde leva tempo, pois é necessário que as convicções das pessoas sejam transformadas em atitudes e comportamentos, onde a mudança de atitudes individuais favoreça o fomento de uma cultura de segurança. Nessa abordagem, existem muitas grandes e pequenas melhorias na estrutura que são coerentes com a cultura almejada e se tornam fortes indícios de mudança da cultura para o direcionamento de propósitos. A figura 5 ilustra como acontece essa relação.

Figura 6: Estrutura, comportamento, atitudes e cultura.



Fonte: Adaptado de Langley et al. (2011, p.356)

Na sequência um grande impeditivo para implantar uma cultura sólida de segurança do paciente é a disponibilidade de recursos nas organizações de saúde. Voltado a essa análise o estudo de Simanet al. (2019), observou os recursos materiais e seus impactos no cuidado, dentro dessa categoria os autores extraíram informações do diário de campo e das questões sobre obstáculos e facilidades para atingir os objetivos internacionais de Segurança do Paciente. Os relatos obtidos foram dos desafios ligados à infraestrutura dos hospitais: ausência de grades nas camas,

escassez de cadeiras e macas, ausência de campanhas de comunicação e sinalização no leito, cadeiras de banho e camas em condições impróprias e escassez de recursos materiais. O mesmo estudo verificou a realidade relativa ao capital humano, essa categoria identificou os desafios relacionados aos recursos humanos. Destacaram-se: a escassez de pessoal, excesso de trabalho, estresse, atrasos salariais, remuneração insuficiente e elevada taxa de rotatividade de profissionais. Fatores que, segundo os envolvidos, afetam a prática segura. O número insuficiente de enfermeiros e médicos para uma assistência segura foi o ponto mais mencionado pelos participantes. Esses aspectos foram mencionados pelos especialistas em saúde e ilustraram as circunstâncias inadequadas para a execução do trabalho.

Ressalta-se ainda que ter uma cultura punitiva instalada na organização de saúde pode ser outro grande impeditivo de melhorias, no estudo de Sanchis et al. (2020), foi abordado ser fundamental criar iniciativas preventivas que envolvam toda a instituição de saúde com o objetivo de estabelecer uma cultura de reportes que não seja punitiva e que favoreça o aprendizado dentro da organização. Nesse mesmo direcionamento verifica-se em Melgarejo et al. (2019), que a cultura de segurança precisa estar enraizada na cultura justa, pois a partir do momento que se estabelece um ambiente de confiança para que as ações sejam tomadas, as notificações de eventos se tornam um hábito, com indivíduos estimulados a reportar os acontecimentos, tendo a consciência de que isso é importante, e também conseguem compreender a diferença entre as ações que são aceitáveis das que não são.

Também se destaca a falta de engajamento da liderança para as melhorias, para Mello & Chritovam (2020), o empoderamento para a atuação das lideranças é essencial e inquestionável nas instituições de saúde para assegurar a cultura de segurança do paciente. Além de possibilitar a disseminação das melhorias, ela é crucial para a confiabilidade das práticas de segurança e para o aprimoramento constante. Também verifica-se na ABNT NBR ISO 9000:2015, a liderança que promove a unidade de propósito, direciona e engaja as pessoas, consegue que a organização alinhe as suas estratégias, políticas, processos e recursos para alcançar os seus objetivos.

Outra questão, é a dificuldade do alinhamento entre o ideal e o real de forma que a segurança do paciente seja implementada de forma orgânica com evidências objetivas da sua efetiva implementação. Siman et al. (2019), ressaltam que os resultados da implementação de práticas seguras e a mudança para uma organização de elevada confiabilidade requerem normas e orientações (prescrito), para o ambiente que sofreu mudanças nas condições da operação. Mas os autores salientam que existem uma influência intersubjetiva nas organizações de saúde muito fundamental, que acontecem por meio de relações complexas entre indivíduos, suas interações e comunicações e fatores de contexto, em que se deve entender que o real é informal e dependente da dinâmica das relações sociais existentes. Como resultado desse estudo, tornou-se essencial intensificar as interações entre as equipes, NSP e administração e, consequentemente, suas atitudes, onde, os enfermeiros e outras lideranças desempenham um papel fundamental na solução de problemas e na elaboração de táticas para atingir práticas mais seguras. A sua representação se encontra na Figura 7.

Figura 7: Práticas Seguras: entre o real e o ideal.



Fonte: Simanet al.(2019, p.1587).

1.6.3 Benefícios da Cultura de Segurança do Paciente

São inúmeros os impactos positivos de uma Cultura de Segurança do Paciente fortalecida dentro de uma instituição de saúde.

Primeiramente pode ser evidenciada uma melhora do engajamento do paciente e da sua satisfação, nesse pensamento Melgarejo et al. (2019), uma instituição que se dedica a valorizar seus pacientes e familiares, promove um acolhimento que respeita suas decisões e vontades, fomenta um ambiente propício para o envolvimento ativo no processo de cuidado. Este cenário facilita discussões de casos e incentiva ações mais seguras, contribuindo para a recuperação durante a internação e promovendo o bem-estar como parte de um cuidado contínuo. A percepção que se tem de uma instituição de saúde está diretamente ligada aos relatos dos pacientes sobre a qualidade do atendimento. No momento em que a instituição trata seus pacientes e familiares com destaque, há um sentimento de orgulho e satisfação gerado pelo reconhecimento dado a eles.

Na sequência pode-se constatar uma importante redução de eventos adversos, nessa afirmativa encontra-se Fontenele et al. (2023), ao defenderem que a cultura de segurança do paciente é um pilar fundamental e estrutural para a adoção de práticas seguras e a diminuição de erros e eventos adversos ligados ao cuidado de saúde.

Outro resultado importante para a organização de saúde com uma cultura fortalecida para a segurança do paciente é a redução de custos hospitalares; nessa premissa Pavan & Pavan (2019), abordam exemplos dos custos que acontecem por falhas internas e falhas externas.

- Os custos das falhas internas são aqueles que não foram identificados antes de entregar o serviço ao paciente, tais como: perda de clientes e custo para recuperá-los; despesa com atraso no pagamento de faturas; custo com gerenciamento de estoque ineficaz; custo perda de medicamento; custos para diagnósticos, perícias, análises dos erros e defeitos; custo da cobrança errada na fatura do paciente; custos de maior emprego de materiais, utilização incorreta da

quantidade necessária de materiais de acordo com o padrão necessário; custos para erros do projeto: materiais, serviços e processos que são fornecidos ao paciente.

- Custos de falhas externas são os que não foram identificados antes de entregar o serviço ao cliente externo que podem se destacar: custos de glosas de operadoras de saúde; custos queixa de pacientes; débitos do cliente; processos legais de responsabilidade; Custos de perda de incentivos, por falha no atendimento a critérios de qualidade exigidos; custos de perda de mercado devido a perda de qualidade do serviço prestado; custos por erros de logística, podem se destacar os atrasos e antecipações de entregas.

Como uma repercussão positiva se destaca a proteção e valorização dos profissionais, segundo IQG (2024), os profissionais também são vítimas e ficam destabilizados em decorrência dos erros de suas atividades, e muitos dos eventos são reflexos de falhas na estrutura do sistema. Esses erros que destroçam famílias e cidadãos poderiam ser evitados, mas acontecem por ausência de qualidade assistencial.

Pode-se relacionar o fortalecimento da cultura com a melhora na redução da quantidade de processos judiciais decorrentes de eventos e erros oriundos da prestação de cuidados assistenciais. Fonseca (2014), descreve a instituição hospitalar como um fornecedor de serviços de saúde e que deve estar submetido à normativa do Código de Defesa do Consumidor (CDC) como também do Código Civil brasileiro; dentro da prestação de serviço existe uma relação contratual e por se tratar da vida do paciente não existe a exclusão da responsabilidade, não existindo uma obrigatoriedade de promover a cura do paciente, mas sim de fornecer um cuidado que seja o mais adequado possível, dentro de princípios éticos, responsabilidade, recursos humanos com habilidade e capacitação técnica para o exercício de suas atividades que tenham a competência necessária para atender os pacientes e seus familiares.

Por último, destaca-se a aproximação da conformidade com requisitos de legislação e modelos de acreditação, como já mencionado anteriormente a legislação RDC 36 institui como obrigatório a implementação das ações de segurança do paciente, ao se alcançar uma cultura fortalecida a instituição hospitalar propicia uma maior segurança a nível de conformidade com a legislação existente, e aproxima a organização de saúde de estar em adequação a requisitos de qualidade e segurança do paciente fundamentais das normas de acreditação hospitalar. Costa & Costa (2014), relacionam a acreditação ao fato de dar crédito a instituição de saúde, em relação a qualidade do cuidado de saúde e também que essa instituição se apresenta como um lugar seguro para colaboradores e para pacientes que buscam a cura ou melhora de suas condições de saúde.

2. Metodologia

Foi realizado um estudo transversal desenvolvido com os profissionais que atuam em um hospital filantrópico, Santa Catarina, Brasil, com capacidade de operação de 86 leitos e de média complexidade. Para atender aos objetivos a pesquisa foi utilizado, através do método Survey, o questionário do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), que é um dos instrumentos mais utilizados no mundo para avaliar a cultura de segurança nas instituições de saúde, esse foi traduzido e adaptado ao português e é amplamente reconhecido o seu uso no Brasil, foi tese de doutorado na pesquisa “A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro” (Reis, 2013, p.178-184), conforme anexo B da pesquisa.

O inquérito do anexo B, têm 42 questões agrupadas em 12 dimensões: trabalho em equipe dentro das unidades (dimensão 1); expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações de promoção da segurança do paciente (dimensão 2); aprendizado organizacional e melhoria contínua (dimensão 3); apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente (dimensão 4); percepção geral de segurança do paciente (dimensão 5); retorno da informação sobre o erro (dimensão 6); abertura da comunicação (dimensão 7); frequência de notificação de eventos (dimensão 8); trabalho em equipe entre as unidades (dimensão 9); adequação de profissionais (dimensão 10); passagem de plantão ou turno/transferência (dimensão 11) e resposta não punitiva aos erros (dimensão 12).

Dentro de cada uma das 12 dimensões do HSOPSC têm três ou quatro perguntas que são avaliadas por uma escala Likert de cinco pontos com categorias de respostas em termos de concordância (nove dimensões) que variam de “concordo totalmente” a “discordo totalmente” ou de frequência (três dimensões) com variação de “sempre” a “nunca”. Dentro dessa abordagem, as respostas positivas são as em que foram escolhidas as alternativas “concordo totalmente/parcialmente” ou “quase sempre/sempre” e para as perguntas com formulação negativa: “discordo totalmente/parcialmente” ou “nunca/raramente”. Para ambos os casos, as respostas “nem discordo nem concordo” ou “às vezes” são classificadas como neutras.

Para efetuar a análise e interpretação dos resultados das dimensões e respostas de cultura de segurança foram seguidas as recomendações de Reis (2013), considerando “áreas fortes da segurança do paciente” as dimensões com pontuação positiva superior a 75% e “áreas frágeis da segurança do paciente” aquelas com pontuações positivas inferior a 50%.

Para a realização da pesquisa foi solicitada a aprovação da Comissão de Ética Médica do Hospital que emitiu o seu parecer aprovando a realização da pesquisa em 04/04/2024, conforme anexo A da pesquisa.

A pesquisa teve como público alvo: Profissionais próprios e terceirizados que atuam de forma frequente e não esporádica no Hospital Filantrópico. Foram excluídos os profissionais que se encontravam em licença saúde e férias no período da coleta de dados. As lideranças foram

orientadas em relação aos objetivos da pesquisa e por consenso através da sugestão da coordenação de enfermagem foi escolhido o método de formulário impresso. Foram impressos 260 formulários com o termo de consentimento da pesquisa anexado na frente da pesquisa. A pesquisa foi aplicada com o auxílio do setor de Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente do Hospital que explicou e entregou os formulários em todos os turnos de trabalho, a coleta dos formulários também foi realizada com o auxílio do mesmo setor. A pesquisa no formato físico com amostra de 260 de formulários, iniciou-se em 10/04/2024 e finalizou em 22/04/2024 com o retorno de 143 formulários, três foram descartados: 2 por não terem assinalado o ícone de consentimento e 1 por não ter o consentido a participação da pesquisa. O tratamento dos dados foi inicialmente feito em planilha de Excel e posteriormente tratado no software IBM SPSS Statistics 29.0 disponibilizado pelo IPVC.

Os métodos de pesquisa utilizados para a realização da pesquisa são apresentados a seguir:

- No Método Quantitativo: Foi realizada uma análise estatística dos dados dos questionários para medir e verificar os dados. No estudo de Siena et al. (2024), a necessidade de quantificar dados está relacionada à criação de variáveis, para realizar as análises estatísticas que são a base deste método de investigação. Essas avaliações estatísticas vão desde a simples descrição dos dados até as técnicas lineares de causa e efeito entre as variáveis. Para Couto (2020), variáveis quantitativas são determinadas por meio de um processo de medição ou contagem, na sua determinação é preciso conseguir aplicar operações aritméticas em seus resultados.
- No Método Qualitativo: Foi realizada a análise das respostas abertas à pergunta do inquérito para verificar a percepção dos profissionais de saúde em relação à segurança do paciente. Foi efetuada a interpretação de relatórios do planejamento estratégico e seus dados relacionados à gestão da qualidade e segurança do paciente disponibilizados pela organização.
- No Método Misto: Foi feita a correlação dos dados quantitativos dos questionários para a interpretação de forma qualitativa dos resultados da dissertação de forma a provar ou não a correlação existente entre as variáveis estudadas na pesquisa. Foi possível responder as hipóteses de estudo dentro da interpretação dos dados encontrados. Esse método pode ser explicado por Siena et al. (2024), as pesquisas com métodos mistos mesclam métodos quantitativos e qualitativos em uma única pesquisa, levando em conta uma gama diversificada de abordagens. Propõe uma solução alternativa para situações de pesquisa complexas, onde a aplicação do método científico é imprescindível e os métodos quantitativo ou qualitativo, por si só, não são suficientes para alcançar o objetivo estabelecido para a investigação.

3. Apresentação do estudo de caso

A investigação baseou-se no estudo do comportamento do Hospital Filantrópico em Santa Catarina no Brasil, de média complexidade, que possui: 86 leitos, 280 colaboradores próprios e aproximadamente 100 colaboradores terceirizados entre atuantes e esporádicos, que por questões relacionadas a proteção de dados não foi citado o seu nome. Os serviços oferecidos são: Atendimento em Emergência Pediátrica; Atendimento Ambulatorial; Centro Cirúrgico; Centro Obstétrico, Internação Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Neonatal; Internação em Saúde Mental, Diagnóstico por Imagem. O Hospital oferece atendimentos aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde com a obrigatoriedade de atender em 60% dos serviços oferecidos para a manutenção do certificado de filantropia, também oferece serviços para públicos de planos de saúde e privados.

3.1 Princípios organizacionais

O Hospital estudado já estabeleceu a sua identidade organizacional: Missão, Visão e Valores e têm buscado o seu fortalecimento por meio de seu planejamento estratégico. A saber: Missão: Somos um hospital humanizado, promovendo inovações nos serviços oferecidos à sociedade;

Visão: Ser um hospital reconhecido pela sociedade por promover atendimento humanizado, fortalecendo a segurança do paciente e a resolutividade da assistência; Valores: Comprometimento; Responsabilidade; Humanização; Inovação; Credibilidade; Segurança; Solidariedade; Transparência; Empatia.

3.2 Objetivos estratégicos

O Hospital estudado estabeleceu os objetivos estratégicos com base na metodologia do BSC- Balanced Score Card que estabelece as perspectivas: Financeiro, Cliente, Processos e Aprendizado e crescimento. Esses objetivos estabelecidos têm sido acompanhados por meio de plano de ação, indicadores estratégicos e têm sido amplamente divulgados nos painéis de Gestão à vista dos setores do Hospital.

A seguir, o detalhamento dos objetivos estratégicos estabelecidos para um período de 3 anos, com término em 05/2027: **Financeiro:** Aumentar receita; Reduzir desperdícios; Diversificar dependência econômica e financeira; **Cliente:** Fortalecer a cultura de segurança do paciente; Aumentar o número de serviços oferecidos; Aumentar parcerias de maior valor agregado; Fortalecer a marca do Hospital; Melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente; **Processos:** Mapear e medir os processos internos; Alcançar a acreditação ONA; Garantir excelência no atendimento; Desenvolver e aprimorar os canais de comunicação interno e externo; Avaliar e promover melhorias na infraestrutura do hospital; Garantir controle e segurança na gestão de acesso; **Aprendizado e crescimento:** Reestruturar setor de Recursos Humanos; Desenvolver Liderança Estratégica; Promover capacitações para colaboradores, terceiros e comunidade; Medir e melhorar o clima organizacional de colaboradores e terceiros.

3.3 Histórico na busca de melhorias

O Hospital no ano de 2020 passou por uma avaliação de diagnóstico da ONA, que impulsionou o início das melhorias. O NSP foi formalmente constituído no ano de 2021, e em 2022 passou a integrar as suas atividades juntamente com o setor da qualidade. Atualmente o setor NQSP têm como responsabilidade a promoção da padronização e das melhorias de processos e segurança do paciente, entre as suas atribuições está em atender as suas obrigações da RDC 36 e em atender critérios ONA. As principais atividades são: gerenciar as notificações de processos e EA; realizar as investigações de EA; realizar a notificação dos EA no site do NOTIVISA; sensibilizar as metas de segurança do paciente; promover o gerenciamento de riscos; realizar a padronização de documentos; realizar auditorias internas; promover a gestão de indicadores de resultados; realizar o gerenciamento do canal de comunicação com o paciente; realizar o acompanhamento das ações para alcance da acreditação ONA; desenvolver novas documentações para atender critérios de legislação e acreditação; realizar o acompanhamento e gestão do planejamento estratégico e disseminar para todo o hospital; ações de humanização hospitalar; realizar treinamentos in loco para todo o hospital. O setor é composto dos cargos: coordenador de qualidade; enfermeiro, dois auxiliar administrativo e um jovem aprendiz.

4. Análise dos Resultados

4.1 Dados da Amostra

Na análise das características dos entrevistados e os dados profissionais, houve predominância do sexo feminino com 78,6%, conforme tabela 4. Quanto ao item idade, observa-se que a maioria dos entrevistados está na faixa etária de 20 a 50 anos, totalizando 85%, ver tabela 5. Já no quesito grau de instrução, a maior parte possui o segundo grau completo com 32,9%, segundo tabela 6. Na categoria profissional verifica-se a predominância de técnicos de enfermagem esteve em 39,3% conforme tabela 7. Verifica-se, também, na tabela 8 que a maioria dos participantes 25% atua em outra unidade/ área, seguido das unidades de cirurgia com 10,7%, seguida pela unidade de terapia intensiva com 10% e setor de emergência 9,3%.

Tabela 4- Análise do sexo dos entrevistados.

H9-Indique o seu sexo

	N	%
Feminino	110	78,6%
Masculino	22	15,7%
Não respondeu	8	5,7%

Tabela 5- Análise da idade dos entrevistados.

H8-Qual a sua idade em anos

	N	%
20 a 25 anos	33	23,6%
26 a 30 anos	24	17,1%
31 a 35 anos	17	12,1%
36 a 40 anos	14	10,0%
41 a 45 anos	20	14,3%
46 a 50 anos	11	7,9%
51 a 55 anos	8	5,7%
56 a 60 anos	2	1,4%
61 a 65 anos	1	0,7%
não respondeu	10	7,1%

Tabela 6 - Análise do grau de instrução dos entrevistados.

H7- Qual o seu grau de instrução

	N	%
Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto	2	1,4%
Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto	5	3,6%
Segundo grau (Ensino Médio) Completo	46	32,9%
Ensino Superior Incompleto	34	24,3%
Ensino Superior Completo	22	15,7%
Pós-graduação (Nível Especialização)	17	12,1%
Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)	2	1,4%
Não respondeu	12	8,6%

Tabela 7 - Análise do cargo dos entrevistados.

H4-Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal

	N	%
Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente	4	2,9%
Médico Residente/Médico em Treinamento	4	2,9%
Enfermeiro	13	9,3%
Técnico de Enfermagem	55	39,3%
Auxiliar de Enfermagem	1	0,7%
Farmacêutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico	5	3,6%
Odontólogo	4	2,9%
Nutricionista	2	1,4%
Fisioterapeuta/Terapeuta Respiratório/ Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo	1	0,7%
Assistente social	1	0,7%
Técnico (por ex., ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)	3	2,1%
Administração/Direção	1	0,7%
Auxiliar Administrativo/Secretário	6	4,3%
Outro	31	22,1%
não respondeu	9	6,4%

Tabela 8- Análise da principal área dos entrevistados.

Qual é sua principal área ou unidade neste Hospital? Selecione UMA resposta.		
	N	%
Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica	14	10,0%
Clínica (não cirúrgica)	3	2,1%
Cirurgia	15	10,7%
Obstetrícia	6	4,3%
Pediatria	10	7,1%
Setor de Emergência	13	9,3%
Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	14	10,0%
Psiquiatria/saúde mental	8	5,7%
Reabilitação	1	0,7%
Farmácia	6	4,3%
Laboratório	2	1,4%
Radiologia	7	5,0%
Anestesiologia	1	0,7%
Outra	35	25,0%
Não respondeu	5	3,6%

4.2 Análise das Dimensões da Cultura de Segurança do Paciente

Para análise das respostas das dimensões foi considerada a classificação de áreas fortes e frágeis da cultura de segurança do paciente, para ser considerada uma área forte é necessário apresentar um resultado das dimensões com percentual de respostas positivas maior que 75%, enquanto que resultados iguais e inferiores a 50% são considerados áreas frágeis para a segurança do paciente. Respostas que estão acima de 50% e inferiores a 75% devem ser consideradas áreas com necessidade de melhoria (Reis, 2013).

Tabela9- Análise das Dimensões da Cultura de Segurança do Paciente do inquérito.

Dimensões e itens componentes*	Respostas positivas %
Dimensão 1- Trabalho em equipe dentro das unidades	62,35
A1**. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras.	58,6
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	65
A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	77,9
A11-Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam.	47,9
Dimensão 2- Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	73,35
B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	66,4
B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para melhoria da segurança do paciente.	71,4
B3R***. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/Chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas".	75,6
B4R. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	80
Dimensão 3- Aprendizado organizacional – melhoria contínua	65,2
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	80
A9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui	50,7
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	65
Dimensão 4- Apoio da Gestão para a segurança do paciente	55,4
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	57
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade.	61,4

F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	47,8
Dimensão 5-Percepção geral da segurança do paciente	40
A10R. Erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui apenas por acaso (de maneira casual ou acidental)	38,6
A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	35,7
A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	39,3
A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	46,4
Dimensão 6-Retorno da informação e comunicação sobre erro	54,53
C1. Somos informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.	37,2
C3. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	55,7
C5. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.	70,7
Dimensão 7- Abertura da comunicação	50,03
C2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	66,4
C4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	42,9
C6R. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	40,8
Dimensão 8-Frequência de Notificação de eventos	52,4
D1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?	51,5
D2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência é relatado?	48,6
D3. Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência é relatado?	57,1
Dimensão 9-Trabalho em equipe entre as unidades	43,55
F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.	35,7
F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	40,7
F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital.	39,3
F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.	58,5
Dimensão 10-Adequação de profissionais	35,2
A2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho	20
A5R. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.	37,8
A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.	52,2
A14R. Nós trabalhamos em "situação de crise" tentando fazer muito e muito rápido	30,8
Dimensão 11-Passagem de plantão ou turno/transferência	34,3
F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.	30
F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.	35,7
F7R. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	26,5
F11R. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	45
Dimensão 12- Resposta não punitiva aos erros	25
A8R.Os profissionais (independente do vínculo empregatício) consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usadas contra eles.	22,2
A12R.Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	31,4
A16R.Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais.	21,4
*Os itens componentes das dimensões estão identificados e aparecem na mesma ordem do questionário. Itens formulados negativamente estão sinalizados com a letra R em frente à sua respectiva indicação alfanumérica.	
**Indica a posição alfanumérica no questionário	
*** Indica sentenças escritas negativamente com relação à cultura de segurança	
Resultados das Dimensões e perguntas fragilizadas estão com a fonte vermelha.	
MÉDIA FINAL DAS DIMENSÕES AVALIADAS	49,28

Pode-se analisar de acordo com o resultado das dimensões avaliadas na tabela 9, em que a média geral das respostas positivas para as dimensões da pesquisa de segurança do paciente esteve em 49,28% o que se caracteriza como uma cultura frágil para segurança do paciente, e nenhuma dimensão avaliada esteve acima de 75% de respostas positivas, sendo assim, não pode ser considerada forte para a segurança do paciente.

Outro ponto a ser observado são as três perguntas que se encontraram com fortalecidas para a segurança do paciente: A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito com 77,9%; B4R. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente com 80%; A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente com 80%.

Já em relação às áreas que necessitam de melhoria pois obtiveram pontuações positivas abaixo de 75% e maior ou igual a 50%, se destacam as dimensões: Dimensão 1- Trabalho em equipe dentro das unidades; Dimensão 2- Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente; Dimensão 3- Aprendizado organizacional – melhoria contínua; Dimensão 4- Apoio da Gestão para a segurança do paciente; Dimensão 6- Retorno da informação e comunicação sobre erro; Dimensão 7- Abertura da comunicação; Dimensão 8 - Frequência de Notificação de eventos.

Em contrapartida são consideradas frágeis para a segurança do paciente pois as notas positivas estão abaixo de 50%, as seguintes dimensões: Dimensão 5- Percepção geral da segurança do paciente; Dimensão 9- Trabalho em equipe entre as unidades; Dimensão 10- Adequação de profissionais; Dimensão 11- Passagem de plantão ou turno/transferência; Dimensão 12- Resposta não punitiva aos erros.

Na avaliação das dimensões da cultura de segurança do paciente relacionadas ao nível da unidade:

Foi analisado o resultado positivo das dimensões: Dimensão 3- aprendizado organizacional – melhoria contínua - 65,2%; Dimensão 2- expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança - 73,35%; Dimensão 1 - trabalho em equipe dentro das unidades - 62,35%, Dimensão 7- abertura da comunicação - 50,03%; Dimensão 6- retorno da informação e comunicação sobre erro – 54,53% , Dimensão 10- adequação de profissionais- 35,20% e Dimensão 12- respostas não punitivas aos erros- 25%.

Nenhuma dimensão foi identificada com score acima de 75%, e nessa análise é importante ressaltar as dimensões abaixo de 50%: Dimensão 10 - adequação de profissionais - 35,20% e Dimensão 12- respostas não punitivas aos erros - 25%.

Na medição das dimensões da cultura de segurança do paciente relacionadas ao nível do hospital:

Foi verificado as avaliações positivas das dimensões: Dimensão 4-Apoio da gestão para a segurança do paciente - 55,4%, Dimensão 9-Trabalho em equipe entre as unidades - 43,55% e Dimensão 11- Passagem de plantão/turno e transferências -34,3%.

Não houve dimensão com score acima de 75%, e nessa análise é importante ressaltar as dimensões abaixo de 50%: Dimensão 9- Trabalho em equipe entre as unidades - 43,55% e Dimensão 11 - Passagem de plantão/turno e transferências - 34,3%.

Na avaliação das dimensões de resultado da cultura de segurança do paciente:

Foi realizada a medição das dimensões: Dimensão 8-Frequência de notificação de eventos - 52,4% e Dimensão 5- Percepção geral da segurança do paciente - 40%.

Nenhuma das dimensões apresentou resultado acima de 75%, sendo que a Dimensão 5- Percepção geral da segurança do paciente - 40%, necessita de uma atenção especial para priorizar as melhorias.

4.3 Análise de resultados de itens únicos

Dentro da análise de itens únicos no inquérito têm-se:

Tabela 10- Nota da Segurança do Paciente.

E- Nota da Segurança do Paciente.
Por favor, avalie a segurança do
paciente na sua área/unidade de
trabalho no hospital

	N	%
Excelente	22	15,7%
Muito boa	60	42,9%
Regular	46	32,9%
Ruim	1	0,7%
Muito ruim	1	0,7%
Não respondeu	10	7,1%

Na avaliação do item E conforme tabela 10, observa-se que 58,6% deram nota positiva na nota de segurança do paciente, não se enquadrando como área fortalecida para a segurança do paciente.

Tabela 11- Quantidade de relatórios de eventos preenchidos nos últimos 12 meses.

G1-Nos últimos 12 meses, quantos
relatórios de eventos você preencheu e
apresentou?

	N	%
Nenhuma notificação	71	50,7%
1 a 2 notificações	22	15,7%
3 a 5 notificações	21	15,0%
6 a 10 notificações	15	10,7%
11 a 20 notificações	2	1,4%
21 notificações ou mais	1	0,7%
Não respondeu	8	5,7%

Na avaliação do item G1 conforme tabela 11, constata-se que: 50,7% nunca notificaram eventos adversos nos últimos 12 meses, acrescentando quem não respondeu obtêm-se o percentual de 56,4%. Sendo considerada área frágil para a segurança do paciente.

4.4 Análise das Hipóteses do Objetivo da pesquisa

Para responder as Hipóteses do Objetivo da pesquisa

H1: é possível que diferentes profissionais de diferentes cargos hierárquicos do Hospital tenham percepções diferentes na avaliação da cultura da segurança do paciente;

Para responder à hipótese, foi feita a análise do teste de Kruskal-Wallis, com 5% de significância, a fim de avaliar se a opinião sobre o impacto dos cargos avaliados das dimensões de resultado da Segurança do Paciente: **Dimensão 5**-Percepção geral da segurança do paciente: A10R. Erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui apenas por acaso (de maneira casual ou acidental); A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída; A17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente; A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros. E **Dimensão 8**- Frequência de notificação de eventos: D1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?; D2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência é relatado?; D3. Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência é relatado?

Testando as seguintes hipóteses:

H0: A distribuição da Percepção do resultado da segurança do paciente e suas questões é igual para os cargos do hospital;

H1: Há pelo menos duas distribuições diferentes da variável Percepção do resultado da segurança do paciente e suas questões entre os cargos do hospital.

Tabela12- Análise do teste para Hipótese H1 do objetivo da pesquisa.

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de A10- É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui é igual nas categorias de H4-Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,121	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de A15-A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída. é igual nas categorias de H4-Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,423	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de A17-Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente. é igual nas categorias de H4-Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,215	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de A18-Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros. é igual nas categorias de H4-Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,970	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de D1-Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado? é igual nas categorias de H4-Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,889	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de D2-Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência é relatado? é igual nas categorias de H4-Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,869	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de D3-Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência é relatado? é igual nas categorias de H4-Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,506	Reter a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.

b. A significância assintótica é exibida.

Aceita-se a hipótese nula, pois a distribuição da Percepção do resultado da segurança do paciente e suas questões, apresentam normalidade para os cargos que responderam ao inquérito.

Nessa importância encontra-se a afirmativa do IQG (2024), todos os profissionais são importantes para a segurança do paciente desde o faxineiro até a fisioterapeuta, indo aos enfermeiros e farmacêuticos, pois a assistência é multiprofissional, e apresenta momentos em que um profissional é mais importante do que o outro. A exemplo do profissional da higiene que tem momentos que a sua atuação é mais importante que a do médico

H2: é possível que diferentes setores do Hospital tenham percepções diferentes na avaliação da cultura da segurança do paciente;

Para responder a hipótese, foi feita a análise do teste de Kruskal-Wallis, com 5% de significância, a fim de avaliar se a opinião sobre o impacto dos cargos avaliados das dimensões de resultado da

Segurança do Paciente: **Dimensão 5**-Percepção geral da segurança do paciente: A10R. Erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui apenas por acaso (de maneira casual ou acidental); A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída; A17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente; A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros. E **Dimensão 8**-frequência de notificação de eventos: D1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?; D2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência é relatado?; D3. Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência é relatado?

Testando as seguintes hipóteses: H0: A distribuição da Percepção geral do resultado da segurança do paciente e suas questões é igual para todas as áreas do hospital; H1: Há pelo menos duas distribuições diferentes do resultado da Percepção geral da segurança do paciente e suas questões entre as áreas do hospital.

Tabela13- Análise do teste para Hipótese H2 do objetivo da pesquisa.

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de A10- É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui é igual nas categorias de Qual é sua principal área ou unidade neste Hospital? Selecione UMA resposta..	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,703	Retar a hipótese nula.
2	A distribuição de A15-A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída. é igual nas categorias de Qual é sua principal área ou unidade neste Hospital? Selecione UMA resposta..	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,004	Rejeitar a hipótese nula.
3	A distribuição de A17-Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente. é igual nas categorias de Qual é sua principal área ou unidade neste Hospital? Selecione UMA resposta..	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	<,001	Rejeitar a hipótese nula.
4	A distribuição de A18-Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros. é igual nas categorias de Qual é sua principal área ou unidade neste Hospital? Selecione UMA resposta..	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,199	Retar a hipótese nula.
5	A distribuição de D1-Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado? é igual nas categorias de Qual é sua principal área ou unidade neste Hospital? Selecione UMA resposta..	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,029	Rejeitar a hipótese nula.
6	A distribuição de D2-Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência é relatado? é igual nas categorias de Qual é sua principal área ou unidade neste Hospital? Selecione UMA resposta..	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,009	Rejeitar a hipótese nula.
7	A distribuição de D3-Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência é relatado? é igual nas categorias de Qual é sua principal área ou unidade neste Hospital? Selecione UMA resposta..	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	,002	Rejeitar a hipótese nula.

a. O nível de significância é ,050.

b. A significância assintótica é exibida.

Rejeita-se a hipótese nula.

Dentro da Dimensão 5-Percepção geral da segurança do paciente, as perguntas: A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída e A17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente foram rejeitadas na hipótese nula, pois não apresentam normalidade entre os setores entrevistados pelo hospital.

Já as perguntas A10R. Erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui apenas por acaso (de maneira casual ou acidental) e A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros. Apresentam normalidade para os setores que responderam ao inquérito.

Dimensão 8-frequência de notificação de eventos D1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?; D2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência é relatado?; D3. Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência é relatado?, todas as questões foram rejeitadas por não apresentarem normalidade entre os setores pesquisados no hospital.

H3: é possível que o sistema de notificação de eventos adversos esteja fragilizado na avaliação da cultura de segurança do paciente;

Aceita-se H3, para responder à hipótese foram selecionadas as dimensões relacionadas ao sistema de notificação na tabela 9: Dimensão 6-Retorno da informação e comunicação sobre erro - 54,53%; Dimensão 8 - Dimensão Frequência de Notificação - 52,4%; Dimensão 12 - Resposta não punitiva aos erros - 25%. A média das três dimensões esteve em 43,97%, apresentando fragilidade para avaliação efetuada.

Na análise da Dimensão 6-Retorno da informação e comunicação sobre o erro, esteve em 54,53% conforme tabela 9, nela podemos verificar o item com menor pontuação e fragilizado, C1. Somos informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos com 37,2%.

Já na análise da Dimensão 8 - Dimensão Frequência de Notificação de eventos conforme tabela 9, verifica-se que a porcentagem total se encontra na zona limítrofe para ser considerada frágil com 52,4% da percepção positiva dos respondentes. Com especial atenção ao item com a pontuação mais baixa dentro da dimensão avaliada, nota-se D2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência é relatado? está com resultado de 48,6% de respostas positivas sendo considerada frágil para a segurança do paciente. O resultado da dimensão se encontra com necessidade de melhoria, não sendo considerada uma fortaleza para Segurança do Paciente.

Na análise da Dimensão 12 - Resposta não punitiva aos erros conforme tabela 9, obteve 25% de respostas afirmativas e se classifica como uma dimensão frágil para a segurança do paciente, Dentro da Dimensão 12 encontram-se as questões: A8R.Os profissionais (independente do vínculo empregatício) consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usadas contra eles com 22,2%; A12R.Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema 31,4%; A16R. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se

preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais com 21,4%. Todas as três perguntas obtiveram notas abaixo de 50% na avaliação, essa dimensão é importante pois demonstra a segurança dos entrevistados em fazer parte de uma cultura não punitiva aos erros e que proporcione um ambiente seguro e aberto as melhorias necessárias do cuidado.

A fim de melhorar esse cenário Kern (2019), aborda as boas práticas que as instituições de saúde podem estar adotando nos processos para análise e investigação de eventos adversos que são: Desenvolvimento de uma cultura justa que evite encontrar culpados, mas que preserve a responsabilização pelas ações pessoais; Prestar tratamento adequado e apoio ao profissional de saúde que está envolvido no evento; Estimular os relatos relacionados a problemas de segurança do paciente; Não antecipar conclusões no momento da coleta dos dados, evitando emitir um juízo de valor de forma a transparecer preconceitos que prejudiquem a análise; Realizar o monitoramento e divulgação dos resultados dos índices da segurança do paciente e da segurança dos colaboradores, para toda a instituição de saúde.

H4: é possível que os processos de trabalho estejam fragilizados na avaliação da segurança do paciente;

Tabela 14- Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.

	N	%
Discordo totalmente	5	3,6%
Discordo	25	17,9%
Não concordo nem discordo	41	29,3%
Concordo	56	40,0%
Concordo totalmente	9	6,4%
Não respondeu	4	2,9%

Aceita-se H4 pois de acordo com a tabela 14, os respondentes apresentaram 46,4% de respostas positivas ao item avaliado, demonstrando que os procedimentos e sistemas não têm sido adequados para conseguir prevenir a ocorrência de erros dentro do Hospital, se caracterizando como uma área frágil dentro do inquérito por estar abaixo de 50% de respostas positivas. Uma observação importante é que 29,3% apresentaram respostas neutras.

Na explicação de Saes & Peterlini (2014), verifica-se que as organizações de saúde são pouco desenvolvidas em seus processos, existe uma grande dependência das hierarquias instaladas que influencia nas fragilidades da transparência e trabalho em equipe fazendo com que se estabeleça pelos os corredores comportamentos de culpa e vergonha. Para o autor são raras as organizações de saúde que conseguem promover mudanças para alcançar desempenhos iguais a indústrias altamente confiáveis, que apresentam processos seguros, estruturados e consistente.

H5 é possível que a percepção da liderança esteja fragilizada para a segurança do paciente;

Rejeita-se H5, pois na análise da Dimensão 2- Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente, de acordo com a tabela 9 apresentou 73,25% de respostas

positivas ao item, e para ser considerada frágil teria que estar abaixo de 50%. Também é importante ressaltar que essa é uma área que não está fortalecida na segurança do paciente pois, não obteve respostas positivas acima de 75%, necessitando assim de melhorias.

Cirino et al. (2024), destacam que o direcionamento para promover mudanças na cultura deve ser definido desde a alta gestão do hospital, de forma que haja uma organização e desdobramento até a ponta pelas lideranças. Existindo uma forte dependência da percepção da equipe sobre a atuação e interação da liderança sobre a mudança da cultura. Somente assim, é possível transformar a instituição de saúde em uma cultura que seja identificada por todas as partes interessadas.

H6 é possível que a comunicação esteja fragilizada para a segurança do paciente;

Rejeita-se a hipótese H6, na avaliação da Dimensão 7- Abertura da comunicação que obteve 50,03% conforme tabela 9, não sendo considerada área frágil para a segurança do paciente, pois não se encontrou abaixo de 50% de respostas positivas ao item avaliado, é uma área que necessita melhorias para alcançar o seu fortalecimento. Outra questão é que se faz necessário um olhar mais cuidadoso para as questões: C4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores que alcançou 42,9% e C6R. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo que obteve 40,8%.

Para Saes & Peterlini (2014), a grande maioria dos profissionais da saúde têm uma comunicação ruim e não conseguem trabalhar em equipe, as hierarquias aprendidas no ensino médio que se tornou ultrapassada, faz com que as burocracias sejam mais importantes que o próprio paciente. Na avaliação do autor raramente o paciente é incluído no planejamento da organização ou mesmo na avaliação dos eventos adversos que ele sofreu na prestação do cuidado de saúde.

H7: é possível a gestão da qualidade e a acreditação hospitalar serem beneficiadas pelas ações direcionadas à segurança do paciente.

Aceita-se H7, conforme tabela 9 o resultado final da média das dimensões avaliadas foi de uma cultura frágil pois apresentou 49,28% de respostas afirmativas, a cultura de segurança é uma abordagem essencial na administração dos serviços hospitalares, pois promove a implementação de práticas seguras e a redução de eventos adversos. Assim, a análise da cultura de segurança é requisitada por entidades de acreditação hospitalar, tanto internacionais quanto nacionais, com a finalidade de reconhecer e manejar as questões ligadas à segurança do paciente, além de acompanhar alterações e resultados pertinentes a esse assunto. (Sanchis et al., 2020).

Nessa abordagem aceita-se que as ações para a gestão da qualidade e a acreditação hospitalar da instituição de saúde, podem se beneficiar da avaliação da cultura de segurança do paciente, uma vez que o hospital pode observar as dimensões frágeis e as questões fragilizadas para o direcionamento dos seus esforços e implantar as melhorias necessárias para o seu fortalecimento.

Com relação as dimensões fragilizadas se destacam, conforme tabela 9:

A Dimensão 5-Percepção geral da segurança do paciente obteve 40% de respostas afirmativas, ela é importante entender e atuar, pois ela demonstra os sistemas e processos presentes na instituição de saúde para prevenir falhas e garantir a segurança do paciente nos hospitais (Reis, 2013).

A Dimensão 9-Trabalho em equipe entre as unidades alcançou 43,55%; essa define se os colaboradores se ajudam, como o respeito é a base de suas relações e a forma como trabalham juntos em equipe (Reis, 2013).

A Dimensão 10-Adequação de profissionais obteve 35,2%; para analisar a importância dessa dimensão destaca-se o estudo dos autores Sanchis et al. (2020), que reforçam a necessidade das organizações de saúde garantirem o correto dimensionamento dos colaboradores, para que seja possível obter um trabalho seguro, com eficácia, colaborativo e coordenado.

A Dimensão 11-Passagem de plantão ou turno/transferência alcançou 34,3%, para a análise da dimensão destacam-se Nascimento et al. (2020), que a transição do cuidado é quando existe a coordenação de diversas atividades destinada a promover a continuidade do cuidado aos pacientes em suas transferências, que podem acontecer em diferentes cenários, diferentes setores ou níveis de cuidado em uma mesma organização de saúde, ou entre diferentes profissionais do cuidado da saúde.

A Dimensão 12- Resposta não punitiva aos erros esteve em 25%, essa avalia o sentimento dos colaboradores ao cometerem erro, se eles acreditam que os seus erros podem ser utilizados contra eles e mantidos em seus registros funcionais (Reis, 2013).

Já em relação as perguntas fragilizadas se destacam as que estiveram abaixo de 35%:

A2R. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho, com 20% de respostas positivas; A8R. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usadas contra eles, com 22,2%; A16R. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais, com respostas positivas em 21,4%; F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra, esteve em 30%; F7R. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital com 26,5%; A12R. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema, com 31,4%.

Para que um serviço hospitalar alcance padrões de qualidade que seu cliente interno e externo perceba, precisa garantir um desfecho seguro na assistência prestada ao paciente, e para o alcance da Acreditação ONA nível 1 é necessário a garantia da segurança do paciente em todos os processos, estrutura e resultado.

Entre os impactos positivos do processo de acreditação para uma organização hospitalar pode-se destacar: aprimoramento dos processos executados; melhora na performance das equipes; redução do retrabalho; instituição de ações transparentes nas relações entre clientes e fornecedores; melhora na interação entre os processos; crescimento profissional e

peçoalampliado; melhora efetiva da segurança do paciente; melhora na percepção da satisfação de pacientes e clientes em relação aos serviços ofertados; intensificação da competitividade do mercado (Costa & Costa, 2014).

4.5 Avaliação do Inquérito na Questão Aberta

Respostas a questão aberta do inquérito: **Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital.**

- “Acontece de recebermos no setor quando chegamos algumas medicações de sobra de outro turno, ficamos em dúvidas se foi feito. Medicações ao todo na casinha de devolução sem identificação e sem o papel para a farmácia. Enfermeira do setor não visita os pacientes, até para atender algum pedido dos pais no quarto ela enrola. Até para fazer algum procedimento de enfermeiro ela fica meio receosa, ou demora demais.

- "Acredito que uma melhoria na padronização de passagem de plantão ajudaria na segurança do paciente e também na melhora do setor."

- "Tem que melhorar muito a segurança do paciente e da equipe enfermagem. Falta comunicação entre paciente, entre equipes e superiores."

- "Devemos unificar as marcas de equipamentos de infusão através de comodato"

Podemos observar que apenas aproximadamente 3% dos entrevistados se sentiram à vontade para fazer um comentário relacionado à segurança do Paciente.

Os relatos apresentados se referem: a segurança da cadeia medicamentosa; atuação técnica da enfermagem; padronização da passagem de plantão; comunicação; padronização de marcas de equipamentos de infusão. Esses temas são importantes e fundamentais para a segurança do paciente no ambiente da assistência hospitalar.

Para a análise do relato sobre a cadeia medicamentosa observa-se o entendimento de Nascimento et al. (2020), os medicamentos são a tecnologia utilizada em cuidados de saúde com a maior frequência em todo o mundo, sendo assim, os eventos adversos relacionados a administração de medicamentos têm uma incidência elevada, com consequências sanitárias, humanitárias e financeira. Seguindo o impacto desse cenário, promover o uso seguro de medicamentos precisa ser prioridade para a promoção da segurança do paciente.

Na relação de melhorar a atuação técnica de enfermagem relatada o autor Burmester (2013), pontua a necessidade gerencial da atuação no sistema de saúde complexo que precisa compreender como a tecnologia faz a intermediação das relações humanas. O sucesso da organização depende cada vez mais dos conhecimentos, habilidades, criatividade e atitude das pessoas que trabalham no serviço, pois o serviço hospitalar sempre será prestado um cuidado de uma pessoa para outras pessoas. E a assertividade das pessoas, depende cada vez mais das oportunidades disponíveis ao aprendizado e de um contexto que favoreça e desenvolva plenamente as suas potencialidades.

É preciso também um olhar para a organização dos sistemas de trabalho que incluam: Realizar a organização do trabalho e da estrutura de cargos que favoreçam comportamentos de autonomia, iniciativa, criatividade e inovação, de forma individualizada e coletiva, gerenciamento e melhora dos processos de trabalho; Promover comportamentos flexíveis, cooperativos, agilidade para ação e aprendizado para atender as necessidades de clientes e requisitos da instituição; Desenvolver a comunicação efetiva e formas para disseminar conhecimentos e habilidades entre os processos e unidades para atingir aos objetivos da instituição; Sistemática de remuneração e reconhecimento dos colaboradores, de forma individual e coletiva, em todos os níveis da organização, para aprimorar as metas de desempenho, de aprendizado e dos processos de trabalho (Burmester, 2013).

Em relação ao relato associado a necessidade da padronização de passagem de plantão e melhorar a comunicação verifica-se, ser fundamental realizar a promoção da comunicação efetiva na transição do cuidado que seja feita por metodologias já aceitas e padronizadas, como SBAR (Situação, Breve histórico, Avaliação e Recomendação) e IPASS (*Illness severity* ou gravidade da doença; *Patient summary* ou sumário do paciente; *Action list* ou ações pendentes; *Situation awareness* ou situações preocupantes; *Synthesis by receiver* ou síntese do receptor). Essas siglas facilitam a memorização e comunicação multiprofissional efetiva das condições relacionadas ao cuidado do paciente (Nascimento et al., 2020).

Existem outras metodologias que promovem a melhora da segurança do paciente na transição do cuidado como: plano de alta; padronizar as documentações da admissão e da alta; realizar o acompanhamento dos pacientes; realizar visitas e telefonemas. E uma vez que o paciente está presente em todos os momentos do cuidado é necessário envolvê-lo para conseguir uma transição segura do cuidado (Nascimento et al., 2020).

Sobre o relato sobre a necessidade da padronização de marcas de equipamentos, observa-se que a atividade que consegue contribuir para a qualidade dos processos médicos é a padronização de insumos, ela proporciona segurança ao paciente, pois consegue o estabelecimento dos requisitos de qualidade que devem ser mantidos e viabiliza a redução do tempo do período de compras e aquisições. A padronização das marcas reduz riscos de falhas ou não conformidades e propicia uma melhor controle da qualidade do material adquirido (Santos & Daher, 2018).

Trabalhar com estratégias direcionadas ao entendimento desses relatos em como e porquê eles se manifestam, auditando as práticas assistenciais, estabelecendo processos seguros, incluindo-os no gerenciamento de risco dos processos, promovendo treinamentos e acompanhamento dos colaboradores podem melhorar as barreiras e minimizar que os riscos apresentados se manifestem em eventos adversos aos pacientes da instituição hospitalar.

Conclusões, Limitações e Futuras Linhas de Investigação

A principal novidade dessa pesquisa reside na avaliação sistemática da Cultura de Segurança do Paciente em um hospital filantrópico de média complexidade no estado de Santa Catarina, utilizando o instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), aplicado de forma presencial e impressa. Embora o HSOPSC seja amplamente validado e utilizado em estudos nacionais, há escassez de pesquisas aplicadas especificamente em instituições filantrópicas deste porte e perfil assistencial, o que confere originalidade ao presente estudo.

O estudo também promoveu a integração entre cultura de segurança do paciente, qualidade e acreditação, enquanto parte significativa das pesquisas avalia apenas a cultura organizacional, este trabalho correlaciona diretamente os achados com práticas de gestão da qualidade e processos de acreditação, evidenciando contribuições estratégicas para governança assistencial.

Outra importância é a análise comparativa com teste estatístico entre cargos e setores: Evidenciou Homogeneidade entre categorias profissionais e Heterogeneidade entre setores assistenciais.

Esses resultados indicam maturidade cultural horizontal maior que a vertical, contribuindo para a compreensão estrutural da cultura organizacional hospitalar.

Outra relevância é a evidência prática para cultura justa e notificação. O estudo reforça, com dados recentes, a persistência de cultura punitiva e subnotificação, porém traz como novidade a identificação de barreiras hierárquicas específicas de questionamento e comunicação, oferecendo direcionamento concreto para intervenções.

Assim, a contribuição desta dissertação vai além da mensuração: ela fornece um diagnóstico inédito para este tipo de instituição, reforçando a importância da cultura organizacional como componente essencial para o cuidado seguro e gerando conhecimento aplicável tanto para a gestão hospitalar quanto para pesquisas futuras no contexto filantrópico e de média complexidade.

Como achados o trabalho que teve como objetivo estudar a Importância da Cultura de Segurança do Paciente para a Melhoria da Qualidade Hospitalar, identificou-se por meio da análise das respostas obtidas que existe uma relação casuística importante entre esses elementos dentro da instituição hospitalar estudada. Haja vista, a análise das dimensões demonstrou que as médias obtidas na pesquisa dos entrevistados foi de uma cultura frágil da segurança do paciente ou mesmo área que necessita implantar melhorias para o seu fortalecimento.

Em relação as hipóteses estudadas aceitas que devem ser consideradas nas ações de melhoria de segurança do paciente são: H2-Diferentes setores têm percepções diferentes; H3- Sistema de notificação fragilizado; H4- Processos de trabalho fragilizado e H7- Benefícios para a qualidade e acreditação das ações para a segurança do paciente.

Também ressalta-se as dimensões da cultura de segurança do paciente mais fragilizadas, para que essa análise oportunize um planejamento mais assertivo na busca das melhorias. Sendo nesse sentido importante estabelecer prioridade para atuar nas dimensões que alcançaram médias inferiores a 50%, a saber: Dimensão 5-Percepção geral da segurança do paciente - 40%; Dimensão 9-Trabalho em equipe entre as unidades- 43,55%; Dimensão 10-Adequação de profissionais- 35,2%; Dimensão 11-Passagem de plantão ou turno/transferência - 34,3%; Dimensão 12- Resposta não punitiva aos erros - 25% .

Sabe-se que a Segurança do Paciente em serviços de saúde, permeia uma complexidade de ações, processos, estruturas e resultados que devem ser perseguidos, estabelecidos e mantidos de acordo com critérios de legislação, critérios de expectativas do paciente e até mesmo critérios advindos de normas de avaliação de qualidade. E mais do que tudo isso, envolve a conscientização das pessoas envolvidas e como as mesmas estão direcionadas em suas ações a promover esse cuidado seguro.

Entender como e porquê essas fragilidades na cultura de segurança do paciente se apresentam, pode clarear o caminho estratégico em busca de melhorias factíveis e duradouras, nesse sentido a medição da cultura de segurança do paciente se demonstra como uma ação importante e fundamental no início das melhorias. Pois, é possível agir nas causas encontradas e permear de forma sistêmica todo o ambiente hospitalar, promovendo as correções levantadas pela avaliação

da cultura de segurança do paciente e contribuindo para um planejamento mais assertivo da gestão da qualidade.

Reforçando essa análise se faz necessário o entendimento que para que padrões de gestão da qualidade sejam alcançados, a Segurança do Paciente é uma dimensão necessária e fundamental e a mesma deve estar fortalecida e aderente em toda a estrutura, processos e resultados da instituição de saúde, somente assim a mesma alcançará conformidade com o requisito da dimensão avaliada.

Também é importante salientar, que a percepção dos colaboradores quanto a existência da cultura fortalecida de forma sistêmica, está altamente relacionada com sua implantação e manutenção diária nas rotinas assistenciais, ou seja, a promoção de um desfecho seguro ao seu paciente e/ou cliente. Sendo de fundamental importância interpretar esse resultado da pesquisa da cultura de segurança do paciente e traçar estratégias sistêmicas em todos os processos, em sua cultura e na estrutura para promover melhorias dessa realidade, de forma que todas as partes interessadas estejam envolvidas e consiga promover avanços nos padrões de qualidade do Hospital bem como aproximá-lo do alcance de padrões de acreditação de qualidade.

Outro ponto em relação a pesquisa a ser discutido, é a quantidade significativa de pessoas que se abstêm no inquérito ao selecionar itens neutros em sua resposta tais como “não concordo nem discordo”, ou deixar a pergunta em branco, essa atitude está relacionada a segurança psicológica e sugere traços de uma cultura frágil ou com necessidade de fortalecimento.

Em relação a contribuição da pesquisa para outros trabalhos destacam-se: 1º Base metodológica replicável, a utilização do instrumento HSOPSC, aliado à análise estatística estruturada (SPSS e testes não paramétricos), fornece um modelo metodológico robusto que pode ser replicado em: outros hospitais filantrópicos; instituições privadas ou públicas; unidades de média e alta complexidade; serviços de atenção básica ou de transição. Isso amplia o escopo da pesquisa e permite comparação interinstitucional. 2º Referência para estudos comparativos, o diagnóstico cultural apresentado cria uma linha de base que pode ser usada em: pesquisas longitudinais (antes vs. depois de intervenções); comparativos entre diferentes regiões e perfis institucionais; análises entre tipos de gestão (público × privado × filantrópico). Assim, favorece a produção de trabalhos que buscam evolução histórica ou *benchmarking*. 3º Fundamentação para estudos sobre acreditação e cultura, ao associar cultura de segurança com práticas de qualidade e acreditação, a pesquisa pode embasar trabalhos sobre: implantação de normas de segurança do paciente; gestão e governança clínica; impacto da acreditação em cultura organizacional. Dessa forma, contribui com literatura aplicada e orientada à prática hospitalar. 4º Ponto de partida para pesquisas qualitativas, os achados quantitativos identificam aspectos sensíveis como: comunicação hierárquica; cultura punitiva; subnotificação de eventos; variações culturais entre setores. Esses resultados podem ser explorados em profundidade em entrevistas, grupos focais e estudos de caso, ajudando no desenvolvimento de pesquisas qualitativas e mistas. 5º Insumo para desenvolvimento de instrumentos e protocolos, os dados oferecem suporte para: criação de indicadores de cultura; elaboração de protocolos de segurança; definição de

planos de educação permanente e construção de ferramentas de monitoramento e checklist. Portanto, não apenas contribui teoricamente, mas gera insumos aplicáveis à gestão hospitalar.

Por fim o estudo amplia a compreensão da cultura de segurança do paciente em hospitais filantrópicos, revela padrões organizacionais híbridos (percepção homogênea entre cargos e heterogênea entre setores), conecta os achados diretamente às práticas de acreditação e gestão da qualidade, fornecendo base empírica para ações institucionais estratégicas para a melhoria da cultura de segurança do paciente e da qualidade hospitalar.

Referências Bibliográficas

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO 9000:2015: Sistemas de gestão da qualidade – Fundamentos e vocabulário. Rio de Janeiro, 2015.

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO 9001:2015: Sistemas de gestão da qualidade – Requisitos. Rio de Janeiro, 2015.

Andrade, A.B., Dias, A.C., Neto, A.J.C., Novais, C.A., Campos, C.P., Borges, C.M.C., Barbosa, D.G., Silva, D.M., Rezende, F.S., Ferreira, F.G., Oliveira, I.N.S., Rosa, L.P., Cosenza, L., Oliveira, P.F., Coleta, R.F., & Reis, S.K.L. (2017). Matrizes para a Gestão do Risco Assistencial. In Couto, R.C., Pedrosa, T.M.G., Amaral, D.B. (2017). Segurança do Paciente: infecção relacionada à assistência e outros eventos adversos não infecciosos prevenção, controle e tratamento (pp. 959-1006). 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook.

Andrade, L. E. L., Lopes, J. M., Souza Filho, M. C. M., Vieira Júnior, R. F., Farias, L. P. C., Santos, C. C. M. dos., & Gama, Z. A. da S.. (2018). Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 161–172. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>, acessado em: 15 de janeiro de 2025.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2023) <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/cultura-de-seguranca-do-paciente-2>, acessado em 12 de janeiro de 2025.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2024). Incidentes relacionados à assistência à saúde. Resultados das notificações realizadas em Santa Catarina no Notivisa do Brasil, período de agosto de 2023 a julho de 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/2024/santa-catarina/view>, acessado em 03 de maio de 2025.

Aquino, L. A. P. de, Araújo, D. A. de S., Cunha, Y. de A., Santos, V. E. P., Saraiva, C. O. P. de O., & Martins, Q. C. S. (2024). Estratégias para a promoção da cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico: revisão sistemática. In *Revista de Enfermagem UFPE on line*. Revista de Enfermagem UFPE on line. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2024.257173>, acessado em 03 de março de 2024.

Bevilaqua, A.O., Prates. C.G., Costa, B.M.A. (2023). Cultura de segurança do paciente e gerenciamento de riscos na terapia intensiva: perspectivas para a enfermagem. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Vargas MAO, Nascimento ERP, organizadoras. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Terapia Intensiva: Ciclo 6. Porto Alegre: Artmed Panamericana; p. 75–108. (Sistema de Educação Continuada a Distância; v. 3). <https://doi.org/10.5935/978-65-5848-891-0.C0004>, acessado em 03 de março de 2024.

Brás, C.P.C, Ferreira M.M.C, Figueiredo M.C.A.B, Duarte J.C. (2023). Patient safety culture in nurses' clinical practice. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 31:e3837. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3837>, acessado em 03 de março de 2024.

Brasil. (1999). Lei nº 9782, de 26 de janeiro de 1999. Dispõe sobre a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial da União* 1999;27 jan. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.782%2C%20DE%2026%20DE%20JANEIRO%20DE%201999.&text=Define%20o%20Sistema%20Nacional%20de,Sanit%C3%A1ria%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20proved%C3%A2ncias.&text=CAP%C3%8DTULO%20I-,Art.,6%C2%BA%20e%20pelos%20arts, acessado em 03 de março de 2024.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2011). Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 nov. 2011a.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Portaria nº 529, de 1º de abril 2013: Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). [Online]. Brasília (DF) : ANVISA.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Publicada no D.O.U. de 10/07/2013. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2013). Resolução-RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, ANVISA.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
- Brasil. Ministério da Saúde (2013). Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Publicada no D.O.U. de 25/09/2013.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2017). Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.
- Burmester, H. (2012). Manual de Gestão Hospitalar. 1 ed. 6ª reimpressão. Rio de Janeiro: FGV
- Burmester, H. (2013). Gestão da Qualidade Hospitalar. 1 ed. São Paulo: Saraiva.
- Caiafa, A.A.L., Roberto, B.A.D., Caiaffa, D.I., & Reis, S.K.L. (2017). Gestão da Segurança Assistencial. In Couto, R.C., Pedrosa, T.M.G., Amaral, D.B. (2017). Segurança do Paciente: infecção relacionada à assistência e outros eventos adversos não infecciosos prevenção, controle e tratamento (pp. 935-957). 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook
- Cirino, J.A., Prestes, A., Lolato, G. (2024). Descomplicando a Qualidade e Segurança em Saúde. 1 ed. Curitiba: Appris.
- Costa, V., Costa, A.R.M. (2014). Acreditação Hospitalar: uma Ferramenta para Incrementar a Segurança do Paciente. In Fonseca, A. d. S; Peterlini, F. L; Costa, D. A. Segurança do paciente (pp. 45-56). 1 ed. São Paulo: Martinari.
- Couto, B.R.G.M. (2020). Sistemas Computacionais e Ferramentas Estatísticas para a Análise de Dados do Núcleo de Segurança do Paciente. In Alvim, A.L., Couto, B., Pereira, H.O., Starling, C., organizadores (2020). Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. (pp.59-91). Curitiba: CRV.
- Deming, W.E. (1990). Qualidade: A revolução da Administração. Rio de Janeiro: Marques Saraiva.
- Deming, W.E. (1997). A Nova Economia para a Indústria, o Governo e a Educação. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Dias, V. (2023). Governança clínica: valor agregado no cuidado assistencial de forma fácil e ágil. 1 ed. Curitiba: Appris.
- Edmondson, A.C. (2020). A organização sem medo: Criando Segurança Psicológica no Local de Trabalho para Aprendizado e Crescimento. 1 ed. Rio de Janeiro: Alta Books.
- Fell, A. F. de A. (2021). A Perspectiva da Gestão da Qualidade Total (GQT) Como Modo de Controle Organizacional. Caderno De Administração, 28(2), 98-116.
<https://doi.org/10.4025/cadadm.v28i2.53645>, acessado em 10 de maio de 2025.
- Fonseca, A.d.S. (2014). Teoria do Erro: Erro e os Profissionais de Saúde. In Fonseca, A. d. S; Peterlini, F. L; Costa, D. A. Segurança do paciente (pp. 121-132). 1 ed. São Paulo: Martinari.
- Fontenele, R. M. , Santos, L. M. A. dos ., Santos, S. R. de S. , Gomes, M. C. , Lima, P. de A. & Almeida, H. F. R. . (2023). Cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem. Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem, 13(41), 595–603.
<https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.595-603> acessado em 03 de maio de 2025.

Gottschall, C. A. M. (2007). *Medicina Hipocrática: Antes, Durante e Depois*, 1th edition. Porto Alegre: Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul: https://cremers.org.br/pdf/medicina_hipocratica.pdf, acedido em 12 de janeiro de 2025.

HQBC, Healty Quality BC. (2014). *Culture Change Toolbox*. <https://healthqualitybc.ca/resources/culture-change-toolbox/> https://healthqualitybc.ca/wp-content/uploads/culture-toolkit_web.pdf, acedido em 01 de maio de 2025.

Homem, E.M. (2022). *Faça Segurança -cultura, gestão e liderança*. Rio de Janeiro: Telha.

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Kohn L.T, Corrigan, J.M, Donaldson, M.S, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. PMID: 25077248. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182>, acedido em 17 de abril de 2025.

IQG, Instituto Qualisa de Gestão. (2024). *Gestão da Qualidade na Saúde: Uma revolução de e para todos*. 1 ed. Rio de Janeiro: Qualitymark.

Kern, A. E. (2019). *Gestão de qualidade, riscos e segurança do paciente*. São Paulo: Editora Senac São Paulo (Série Universitária). ISBN 978-85-396-1253-6 (ePub/2019).

Langley, G.J; Moen, R.D; Nolan, K.M, Norman ,C.L; Provost, L.P. (2011). *Modelo de melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho organizacional*. 1 ed. São Paulo: Mercado de Letras.

Lee, F. (2009). *Se Disney administrasse seu hospital: 9 ½ coisas que você mudaria* / Fred Lee/ tradução, Sousa, T.C.F.d. Porto Alegre: Bookman.

Lemos, A. K. A; Vieira, S. F. A.; & de Oliveira, T. C. G. (2023). A Relação entre a gestão da qualidade e a inovação para laboratórios de anaatmia patológica no Brasil. *Revista Contemporânea*, 3(6), 7167–7195. <https://doi.org/10.56083/RCV3N6-131>, acedido em 12 de janeiro de 2025.

Liberato, K. P. R., Barbieri, B. M., Portugal, F. B., & Fiorin, B. H. (2024). Cultura de segurança do paciente por profissionais de saúde da clínica médica de um hospital universitário: estudo observacional. *CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES*, 17(1), 6879–6898. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.1-415>, acedido em 03 de abril de 2025.

Lohr, K.N. (ed). (1990). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. Washington, DC, NationalAcademy Press. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199003083221031>, acedido em 03 de abril de 2025.

Lucena, A. T. da C., & Anna, A. N. de S. (2023). Segurança do paciente. *CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES*, 16(12), 33028–33038. <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.12-236>, acedido em 03 de abril de 2025.

Magalhães, M.D., Behrens, R. (2020). Legislações Aplicadas à Segurança do Paciente. In Alvim, A.L., Couto, B., Pereira, H.O., Starling, C., organizadores (2020). *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde*. (pp.15-38). Curitiba: CRV.

Martins, M. (2019). Qualidade do cuidado de saúde. In: Sousa, P., and Mendes, W., comps. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde* [online]. 2nd ed. rev. updt. Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, pp. 27-40. ISBN 978-85-7541-641-9. <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0004>, acedido em 12 de janeiro de 2025.

Maximiano, A.C.A. (2000). *Introdução à Administração*. 5 ed. São Paulo: Atlas.

Melgarejo , C. R. V., Mastroianni, P. C., and Varallo, F. R. (2019). *Promoção da cultura de notificação de incidentes em saúde* [online]. São Paulo: Editora UNESP, 117 p. ISBN: 978-85-9546-337-0. <https://doi.org/10.7476/9788595463370>.

Mello, L.R.G.d., Chritovam, B.P. (2020). Parecer e Ação Corretiva, Análise de Causa Raiz e Protocolo de Londres. In Alvim, A.L., Couto, B., Pereira, H.O., Starling, C., organizadores (2020). Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. (pp.215-223). Curitiba: CRV.

Nascimento, M.M.G., Rosa, M.A., Anacleto, T.A., Cândido, R.C.F., Rezende, C.P. (2020). Uso Seguro de Medicamentos. In Alvim, A.L., Couto, B., Pereira, H.O., Starling, C., organizadores (2020). Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. (pp. 107-120). Curitiba: CRV. acessado em 22 de abril de 2025.

Novaes, A.P, Pavan, F.R. (2017). Fundamentos para Melhoria da Qualidade em Serviços de Saúde. 1 ed. Campinas: CEDET.

ONA, Organização Nacional de Acreditação. (2022). Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde – OPSS: versão 2022-2025, Seção 1- Gestão Organizacional. São Paulo: ONA.

Paladini, E.P., (2025). Gestão da Qualidade: teoria e prática- 5 ed. [2ª Reimp.] – Baurueri [SP]: Atlas. Recurso digital: il. ISBN 978-65-59643-6

Pavan, F.R, Pavan, P.A.R. (2019). Gestão de Custos Hospitalares: Uma abordagem Gerencial. 1 ed. Campinas: Auster.

Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-de-acao-global-para-a-seguranca-do-paciente-2021-2030-traduzido-para-portugues/view> , acessado em 01 de janeiro de 2024.

Reis, C.T. (2013). A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Rio de Janeiro : s.n. https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/14358/ve_Claudia_Reis_ENSP_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y, acessado em 01 de janeiro de 2024.

Reis, C.T. (2014). Cultura em segurança do paciente. In: SOUSA, P., and MENDES, W., orgs. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, pp. 75-99. Vol. 2. ISBN: 978-85-7541-594-8. Available from: doi:10.7476/9788575415948.0006. Also available in ePUBfrom:<http://books.scielo.org/id/vtq2b/epub/sousa-9788575415948.epub>.

Saes, A.C., Peterlini, F. L. (2014). Culpa: Cultura de Não Punição e Accountability na Assistência à Saúde. In Fonseca, A. d. S; Peterlini, F. L; Costa, D. A. Segurança do paciente (pp. 31-44). 1 ed. São Paulo: Martinari.

Sanchis, D. Z., Haddad, M. do C. F. L., Giroto, E., & Silva, A. M. R.. (2020). Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. Revista Brasileira De Enfermagem, 73(5), e20190174. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>

Santos, A.L.T.d., Daher, E.P., (2018). Padronização de Marcas de Material Médico-Hospitalar: A Experiência do Instituto Nacional de Câncer José de Aécio Gomes da Silva – INCA, RAHIS, Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde Vol. 15, n.2 ▪ Belo Horizonte, MG ▪ ABR/JUN 2018 ▪ e-ISSN: 2177- 2754 e ISSN impresso: 1983-5205 ▪ DOI: <http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v15i2.4991> p 108- 121 disponível em https://www.researchgate.net/publication/332159949_Padronizacao_de_Marcas_de_Material_Medico-Hospitalar/fulltext/5ca3ff67299bf1b86d60e9f9/Padronizacao-de-Marcas-de-Material-Medico-Hospitalar.pdf acessado em 03 de maio de 2025.

Siena, O., Braga, A.A., Oliveira, C.M.d., Carvalho, E.M.d. (2024). Metodologia da Pesquisa Científica e Elementos para Elaboração e Apresentação de Trabalhos Acadêmicos – Belo Horizonte MG: Editora Poisson, Formato: PDF ISBN: 978-65-5866-411-6 DOI: 10.36229/978-65-5866-411-6, acessado em 20 de abril de 2025.

Silva, M. S. de S., Carvalho, E. K. M. de A., Patrocínio, M. D. P. do, Camargos, T. dos S., Moraes, R. S. F. de, Silva, A. C. R. da, Barbosa, T. M. G., Camargos, J. P. de, Bezerra, L. de A. F., Fachini, M., Neto, C. V. dos S., & Zandoni, R. D. (2023). Revisando a História da enfermagem com Florence Nightingale: Revolução na Higiene e organização hospitalar. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(5), 689–703. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p689-703>

Siman, A. G., Braga, L. M., Amaro, M. de O. F., & Brito, M. J. M. (2019). Practice challenges in patient safety. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 72(6), 1504–1511. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0441>, acessado em 18 de abril de 2025.

Sorra J, Yount N, Famolaro T, et al. (2019). AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide. (Prepared by Westat, under Contract No. HHSP233201500026I/HHSP23337004T). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; September 2019. AHRQ Publication No. 19-0076. <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>, acessado em 18 de abril de 2025.

Trivellato, L.I.P., Nascimento, V.L. (2020). Ferramentas de Gestão para Criação e Análise de Dados. In Alvim, A.L., Couto, B., Pereira, H.O., Starling, C., organizadores (2020). *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde*. (pp. 41-56). Curitiba: CRV.

WHO, (2009). All Rights Reserved. WHO/IER/PSP/2010.2 The International Classification for Patient Safety. <http://www.who.int/about/copyright/en/>, acessado em 19 de abril de 2025.

Anexos

Anexo A Parecer da Comissão de Ética Médica

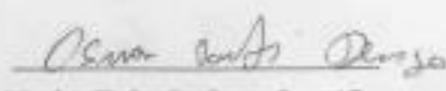


PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Lages 04/04/2024

A Comissão de Ética Médica do Hospital Seara do Bem Materno e Infantil concede parecer favorável para aplicação da pesquisa aos colaboradores referente a medição da cultura de segurança do paciente com o inquérito (HSOPSC), que será parte integrante do estudo "A Importância da Cultura de Segurança do Paciente para a Qualidade Hospitalar – Caso de Estudo: Hospital Filantrópico em Santa Catarina no Brasil", que será realizado no Hospital Seara do Bem pela mestranda Aline Kalçovik Antunes Lemos do curso de Gestão das Organizações do Instituto Politécnico Viana do Castelo / Portugal.


Membro Titular: Dr. Edson Vieira Castro
CRM/SC 27167


Membro Titular: Dr. Osmar Guzzatti Dengis
CRM/SC 16089


Membro Titular: Dr. Hildebrando Nilton Reis Filho
CRM/SC 25867

Anexo B Inquérito da Pesquisa: A Importância da Cultura de Segurança do Paciente para a Qualidade Hospitalar.

Inquérito Mestrado MGO - APNOR/IPVC

A Importância da Cultura da Segurança do Paciente para a Qualidade Hospitalar. Caso de estudo: Hospital Filantrópico em Santa Catarina no Brasil.

Gostaríamos de ressaltar que todas as informações fornecidas por você serão tratadas de forma extremamente confidencial, e o seu anonimato será rigorosamente preservado. Os dados coletados serão armazenados de maneira segura e serão acessíveis somente à equipe responsável pela pesquisa. Isso garante a máxima confidencialidade das suas respostas.

É importante enfatizar que a sua participação neste inquérito é totalmente voluntária. A sua contribuição é fundamental para enriquecer o nosso estudo e para que possamos compreender melhor os desafios e oportunidades em Relação à Cultura de Segurança do Paciente para a Qualidade Hospitalar.

O inquérito é o instrumento validado "Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC).

Tempo estimado de aproximadamente 10 minutos a 15 minutos.

Agradecemos antecipadamente pela sua colaboração e pelas informações valiosas que você está compartilhando conosco.

Atenciosamente,

Aline Kalçovik Antunes Lemos

Instituto Politécnico Viana do Castelo / Portugal

linekalçovik@gmail.com; alinelemos@ipvc.pt

Obrigado(a) pela sua participação!

Consentimento Informado

Declaro ter compreendido as informações que me foram fornecidas sobre os objetivos do estudo, bem como, a garantia da possibilidade de, em qualquer altura, recusar a participação sem qualquer consequência.

Desta forma, dou o meu consentimento e aceito participar neste estudo, permitindo a utilização dos dados de forma voluntária, contando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade que me são dadas pelos investigadores deste projeto.

Concorda em participar voluntariamente no presente estudo. (Marcar apenas uma opção)

☐ Concordo ☐ Não Concordo

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.

☐ a. Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica	☐ h. Psiquiatria/saúde mental
☐ b. Clínica (não cirúrgica)	☐ i. Reabilitação
☐ c. Cirurgia	☐ j. Farmácia
☐ d. Obstetrícia	☐ k. Laboratório
☐ e. Pediatria	☐ l. Radiologia
☐ f. Setor de Emergência	☐ m. Anestesiologia
☐ g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	☐ 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	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 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	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 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	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO C: Comunicação

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

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

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

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

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

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

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

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

SEÇÃO F: O seu hospital

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

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 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	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 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:

- | | |
|--|---|
| ☐ a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto | ☐ e. Ensino Superior Incompleto |
| ☐ b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo | ☐ f. Ensino Superior Completo |
| ☐ c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto | ☐ g. Pós-graduação (Nível Especialização) |
| ☐ d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo | ☐ 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.