



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM TECNOLOGIAS EM
SAÚDE

EDNEY NASCIMENTO MATOS

CULTURA DE SEGURANÇA DOS PACIENTES POR
PARTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

SALVADOR

2018

EDNEY NASCIMENTO MATOS

**CULTURA DE SEGURANÇA DOS PACIENTES POR
PARTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para obtenção de título de mestre em Tecnologias e Saúde.

Orientadora: Sibele de Oliveira Tozetto Klein
Coorientador: Marcos Antônio Almeida Matos

SALVADOR

2018

M425 Matos, Edney Nascimento

Cultura de segurança dos pacientes por parte dos profissionais de saúde. / Edney Nascimento Matos. – 2018.
54f.: il. Color; 30cm.

Orientadora: Profa. Dra. Sibeles de Oliveira Tozetto Klein
Coorientador: Prof. Dr. Marcos Antônio Almeida Matos

Mestre em Tecnologia em Saúde.

Inclui bibliografia

1. Profissionais de Saúde. 2. Segurança do paciente. 3. Hospitais. 4. Eventos Adversos.
I. Título.

CDU: 616.083

EDNEY NASCIMENTO MATOS

**“CULTURA DE SEGURANÇA DOS PACIENTES DA CIDADE DE VITÓRIA DA
CONQUISTA – BAHIA – BRASIL”**

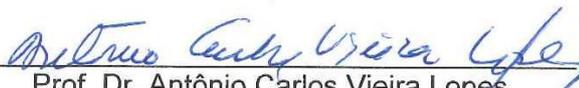
Dissertação apresentada à Escola Bahiana
de Medicina e Saúde Pública, como
requisito parcial para a obtenção do Título
de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Salvador, 21 de setembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Carolina Villa Nova Aguiar
Doutora em Psicologia
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP



Prof. Dr. Antônio Carlos Vieira Lopes
Doutor em Medicina e Saúde
Universidade Federal da Bahia, UFBA



Profa. Dra. Gilmara Ribeiro Santos Rodrigues
Doutora em Concentração Gênero, Cuidado e Administração Saúde
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

Dedico este trabalho aos meus filhos Pedro
Paulo, Marco Antônio e Marcelle Matos.

AGRADECIMENTOS

A todos que contribuíram para que esta pesquisa fosse concluída, em especial aos que trabalham nos hospitais Casa de Saúde São Geraldo, Hospital Geral de Vitória da Conquista, Instituto Brandão de Reabilitação, Hospital Municipal Esaú Matos, Hospital SAMUR, Hospital São Vicente de Paula e Hospital UNIMEC;

Aos meus orientadores.

“Não se pode mudar o passado, mas podemos mudar o amanhã com os atos de hoje”.

Benjamin Franklin

RESUMO

A segurança do paciente é um desafio global enfrentado pelas organizações de saúde, mesmo tendo sido descrita pela literatura mundial desde o quarto século antes de Cristo quando Hipócrates escreveu “*Primum Non Nocere*” (nunca causarei dano a ninguém). O número de complicações e mortes evitáveis advindas destes eventos tem se elevado a cada dia. Desde a implantação da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Vitória da Conquista (VDC) tem se tornado um pólo educacional, fazendo com que o Ministério da Educação e Cultura (MEC) disponibilizasse para a região diversos cursos, como, por exemplo, o de Medicina. Porém, verifica-se que nem todos os profissionais médicos docentes que lecionam nas instituições de ensino, nos cursos da área da Saúde, foram contemplados em sua grade curricular com o tema “segurança do paciente”. Neste contexto, este trabalho objetivou por meio de estudo clínico transversal do tipo *Survey*, avaliar a segurança dos pacientes por parte dos profissionais de saúde que prestam assistência nos principais hospitais da cidade, de acordo o questionário elaborado pelo *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*. O estudo foi realizado através da aplicação de questionário semiestruturado e validado a 491 profissionais atuantes em diferentes hospitais de vitória da Conquista. Os resultados demonstraram que as unidades pesquisadas estão comprometidas em melhorar sua atuação na assistência para minimizar a ocorrência de eventos adversos, em atendimento das metas da OMS/ANVISA/MS, contudo, as notificações não são ainda uma rotina para todos profissionais, existem falhas nas notificações realizadas perante falhas ou erros, denotando a necessidade dos treinamentos e profissionalização da assistência para melhoria da qualidade no atendimento e de vida dos pacientes.

Palavras chave: Eventos adversos. Hospitais. Profissionais de Saúde. Segurança do paciente.

ABSTRACT

Patient safety is a global challenge faced by health organizations, even though it has been described in world literature since the fourth century BC when Hippocrates wrote "*Primum Non Nocere*". The number of preventable complications and deaths from these events has been increasing each day. Since the implementation of the State University of Southwest of Bahia (UESB), Vitoria da Conquista (VDC) has become an educational center, making the Ministry of Education and Culture (MEC) available to the region several courses, , for example Medicine. However, it is verified that not all the medical professionals who teach in the educational institutions, in the courses of the Health area, were contemplated in its curriculum with the theme "patient safety". In this context, this study aimed to evaluate the safety of patients by health professionals who provide assistance in the main hospitals of the city, according to the questionnaire prepared by the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). The study was carried out through the application of a semi structured and validated questionnaire to 491 professionals working in different of Vitória da Conquista hospitals. The results showed that the units surveyed are committed to improving their care performance in order to minimize the occurrence of adverse events, in compliance with the WHO / ANVISA / MS goals, however, notifications are not yet routine for all professionals, there are notifications made to failures or errors, denoting the need for training and professionalization of assistance to improve the quality of care and life of patients.

Keywords: Adverse events. Hospitals. Health professionals. Patient safety.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Tipos de Erros (IOM)	20
Figura 2: Metas Internacionais de Segurança do Paciente.....	21
Gráfico 1: Distribuição de questionários respondidos.....	29
Gráfico 2: Distribuição do Grau de instrução dos voluntários.....	30
Gráfico 3: Avaliação da segurança do paciente.....	33
Gráfico 4: Avaliação dos relatórios de EA dos últimos 12 meses.....	35
Tabela 1: Caracterização da comunicação em relação aos EAs.....	32
Tabela 2: Frequência de eventos relatados	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ- *Agency Healthcare Research and Quality;*

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

APSF- Fundação para a Segurança do Paciente sob Anestesia;

CFF- Conselho Federal de Farmácia;

CFM- Conselho Federal de Medicina;

CFO- Conselho Federal de Odontologia;

CIPNSP- Comitê de Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente;

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem;

CONASEMS- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde;

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde;

CSSG- Casa de Saúde são Geraldo;

EAs- Eventos Adversos;

FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz;

HGVC- Hospital Geral de Vitória da Conquista;

HMEM- Hospital Municipal Esaú Matos;

HSOPSC- Hospital Survey on Patient Safety Culture;

HSVP- Hospital São Vicente de Paula;

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

IBR- Instituto Brandão de Habilitação;

IBSP- Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente;

ICPS- *International Classification for Patient Safet;*

IOM- *Institute of Medicine;*

JCAHO- *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organitions;*

MS- Ministério da Saúde;

OMS- Organização Mundial de Saúde;

ONCHIT- *Office of the Federal Coordinator for Healthcare;*

OPAS- Organização Pan Americana de Saúde;

PNSP- Programa Nacional de Segurança do Paciente;

SAMUR- Serviço de Assistência Médica de Urgência;

TCLE- Termo de Consentimento Livre Esclarecido;

UNIMEC- Unidade Médica Cirúrgica LTDA;

UTI- Unidade de Terapia Intensiva;

UESB- Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia;

VDC- Vitória da Conquista.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	Segurança do Paciente.....	15
3.1.1	Conceito.....	15
3.1.2	Historicidade	16
3.2	Segurança do Paciente nas Circunstâncias de Cuidado	16
4	CASUÍSTICA E MÉTODOS	26
4.1	Caracterização do Estudo	26
4.2	Amostragem	26
4.3	Coleta de Dados.	26
4.4	Análise de Dados	28
4.5	Aspectos Éticos	28
5	RESULTADOS	29
6	DISCUSSÃO	48
7	CONCLUSÃO	41
	REFERÊNCIAS	42
	APÊNDICE	47

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um desafio global enfrentado pelas organizações de saúde, sendo descrita pela literatura mundial desde o quarto século antes de Cristo, quando Hipócrates escreveu “*Primum Non Nocere*” (nunca causarei dano a ninguém)^{1, 2, 3, 4}.

Deve-se salientar que o número de complicações e mortes evitáveis advindas da falta de segurança do paciente tem se elevado a cada dia³. Não foi por outra razão que no estudo de Marchon e Mendes Junior⁴ denota-se a necessidade de capacitação sobre segurança do paciente para os profissionais da área de saúde, principalmente, em países processo de desenvolvimento, uma vez que a falta da cultura de segurança tem resultado em índices elevados de morbidade e mortalidade, chamando a atenção para a necessidade de se assegurar medidas de prevenção⁵.

Desde a implementação da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) no ano de 1980, em Vitória da Conquista (VDC), o município tem se tornado polo educacional, que vem se ampliando com as novas instituições de ensino⁶, fazendo com que o Ministério da Educação e Cultura (MEC), disponibilizasse para a região diversos cursos, incluindo o de Medicina. Este fato fez com que houvesse um aumento populacional expressivo^{7,8} e conseqüentemente se elevasse a demanda por serviços de saúde, ensejando uma melhoria na qualidade do atendimento. Porém, é notório que nem todos os profissionais da saúde, que trabalham nestas instituições de ensino, e/ou curso de Medicina, foram contemplados em sua grade curricular com o estudo da “segurança do paciente”, o que desencadeia uma grande preocupação referente à qualidade do atendimento aos pacientes nas unidades de Saúde da Família e a nível hospitalar⁹.

Diante disto, e por determinação do Ministério da Saúde (MS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2013), os hospitais foram obrigados a implantarem um núcleo de segurança dos pacientes. Ao mesmo tempo, através da portaria 529/2013, o MS-MEC estabeleceu a obrigatoriedade dos cursos profissionalizantes ou técnicos, de graduação e de pós-graduação da área da saúde, inserirem em suas grades curriculares o estudo e aprendizado sobre segurança do paciente¹⁰.

A literatura mundial informa que cerca de 10% das mortes hospitalares são decorrentes de eventos adversos (EA), ou seja, erros de dosagem ou de medicamento, uso incorreto de equipamentos e infecção hospitalar e de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ⁸, as notificações de mortalidade hospitalar anual no município de VDC correspondem a 3% do total de 26.858 dos óbitos no estado da Bahia. Diante da

realidade quanto ao esclarecimento sobre cultura de segurança, estes dados poderiam estar relacionados com esta lacuna no conhecimento sobre a segurança dos pacientes atendidos nos principais hospitais deste município.

Estas situações problemas expostas, reporta a necessidade de desenvolvimento deste trabalho, visando avaliar a cultura de segurança dos pacientes pelos profissionais que atuam nos hospitais no município de VDC, tendo como fundamentação os desafios globais para a segurança do paciente preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Torna-se oportuno informar que o presente trabalho apresenta uma relevância social e acadêmica, pois com os dados obtidos, através da pesquisa e a interpretação dos mesmos, poder-se-á alcançar um diagnóstico inicial da atual situação da segurança do paciente junto ao trabalho dos profissionais que atuam em nível de atendimento hospitalar no município. Além disso, os resultados obtidos por meio deste estudo podem fornecer dados relevantes para que se avalie se as metas internacionais de segurança do paciente estão sendo executadas em VDC, indicando a necessidade ou não da elaboração de novas estratégias de intervenções educacionais sobre a cultura de segurança do paciente e o fomento da pesquisa e extensão pela comunidade acadêmica.

2 OBJETIVO

O estudo tem por objetivo avaliar a cultura de segurança dos pacientes por parte dos profissionais de saúde que prestam assistência a hospitais da cidade de Vitória da Conquista, Bahia, de acordo com o questionário denominado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), elaborado pela *Agency Healthcare Research and Quality* AHRQ.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Segurança do paciente

3.1.1 Conceito

Segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário, associado ao cuidado da saúde, tendo como principal objetivo prevenir e diminuir a incidência de eventos adversos nos pacientes, ou seja, sua finalidade é evitar ou prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos prestados aos cuidados na saúde^{4, 20}.

Por outro lado, incidente trata-se de um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente, porém não obrigatoriamente, acarretou lesões mensuráveis, prolongamento da internação, e/ou óbito^{4, 21}.

Os incidentes relacionados ao cuidado da saúde com base na *International Classification for Patient Safety* (ICPS) da OMS podem ser: o “incidente próximo”, que não atinge o paciente, uma vez que foi identificado e evitado antes de sua realização; o “incidente sem dano”, que atinge o paciente, mas não lhe causa dano; e o “incidente com dano”, que resulta em dano ao paciente, sendo um evento adverso^{4, 21, 22}.

Já por evento entende-se qualquer tipo de erro, engano, falha incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente^{4, 21}. Exemplificando, o evento adverso seria quando um paciente, sem nenhum histórico de alergia medicamentosa a um medicamento específico ou não, ao receber uma medicação, apresenta uma reação grave de alergia. Por outro lado, o evento adverso evitável, seria quando o profissional conhecendo o histórico de alergia a determinada medicação do paciente, a administra, levando o paciente a uma reação alérgica.

O “erro” trata-se de uma falha na execução, de uma ação planejada, ou na aplicação de um plano incorreto. Cabe mencionar que estes podem ser evitados caso sejam utilizados protocolos estabelecidos e reconhecidos, ou seja, se usados os *checklist*, a higienização das mãos e trabalho de profissionais capacitados, atualizados e comprometidos^{4, 21, 22}. Um exemplo de erro seria a aplicação da dose diferente da prescrita com nenhuma consequência ao paciente.

3.1.2 Historicidade

O tema “segurança do paciente” data do quarto século antes de Cristo, com a frase de Hipócrates “*Primum Non Nocere*”, traduzido como “primeiro não causar dano”¹.

Florence Nightingale, em 1854, enfermeira voluntária na Guerra da Criméia instituiu práticas de higiene ao observar a mortalidade dos soldados decorrentes de complicações hospitalares evitáveis, que depois de implantadas observou-se a diminuição da morbimortalidade destes^{11, 12}.

Em 1857, Ignaz Semmelweis mencionou em estudo que avaliava tal prática sobre a febre puerperal, que a lavagem das mãos causava menos infecções, e em 1863, Florence Nightingale escreveu sobre a importância em não causar danos aos pacientes^{13, 14, 15, 16}. Após 10 anos de reforma sanitária Nightingale informou que a mortalidade entre os soldados britânicos em estações na Índia havia diminuído de 69 para 18 por 1.000, decorrentes das melhorias sanitárias nestas estações, após pressões do governo britânico sobre as condições de saúde na região da Índia, que apresentava uma taxa de mortalidade seis vezes superior entre os civis na Inglaterra, decorrentes dos sistemas de esgoto defeituosos, superlotação no quartel, falta de exercícios e hospitais inadequados^{17, 18}.

Ernest Amory Codman, em Boston, nos Estados Unidos (EUA), em 1911 descreveu, através dos resultados de seus pacientes cirúrgicos, os erros de diagnóstico e tratamentos, e utilizou estes resultados para alcançar melhorias na assistência médica. No período compreendido entre 1911 a 1916 foram registrados 123 erros, dentre 337 pacientes atendidos no hospital de Codman. Estes resultados foram alocados por grupos de erros sendo identificados como “erros devido à falta de conhecimento ou habilidade”; “julgamento cirúrgico”; “falta de cuidados ou equipamentos” e “falta de habilidade diagnóstica”. Cabe mencionar que esses erros foram admitidos em público e descritos em relatório anual de seu hospital^{15, 19}.

3.2 Segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado

Quanto à segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado, estudos anteriores apontam que o Colégio Americano de Cirurgiões criou o programa de inspeção e certificação de hospitais dos Estados Unidos em 1924, contudo, somente em 1951 ele evoluiu para a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), com a missão de

melhorar continuamente os cuidados de saúde avaliando as organizações e orientando-as a se destacarem no atendimento seguro e efetivo¹⁵.

Moser (1959) afirmou que doenças iatrogênicas são comuns e evitáveis²³. Cinco anos depois, Elihu Schimmel demonstrou que 20% dos pacientes internados em um serviço do hospital universitário sofreram algum evento adverso (EA) por reações medicamentosas, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, as quais intitulou de “doenças do progresso médico”, e que 20% dessas lesões eram graves ou fatais¹⁵. Ivan Illich (1977) apontou que a assistência à saúde era na verdade um perigo para a saúde pública¹⁵ e Mills (1978) verificou, em outro estudo também relevante, que 4,6% de 20.864 prontuários de pacientes apresentaram EA²⁴.

Para avaliar a viabilidade do seguro médico e planos de compensação de acordo com o EA foram criadas definições e classificações como: i) “evento potencialmente compensável (PCE)”; ii) a “deficiência”; e iii) a “causação”. O PCE, definido pela deficiência causada pelo gerenciamento de cuidados de saúde, foi ainda classificado em 3 classes: i) Classe I: efeitos adversos do tratamento ou procedimentos; ii) Classe 2: efeitos do diagnóstico ou tratamento incompletos; e iii) Classe 3: efeitos de prevenção ou proteção incompleta. A “deficiência” foi definida como uma incapacidade temporária ou permanente de função física (com ou sem desfiguração) e/ou mental, e a “causação” ocorreria quando a deficiência é mais provável do que não atribuível ao gerenciamento de cuidados de saúde²⁵.

A Fundação para a Segurança do Paciente sob Anestesia (APSF) foi criada em 1985, evidenciando que em um total de 359 incidentes evitáveis, 82% eram de incidentes evitáveis envolvendo erro humano, e 14% era devido a falhas dos equipamentos^{15, 24, 25}.

A obra de James Reason (1991) evidenciou que nos eventos adversos (EAs) graves a tecnologia chegou a um ponto em que a segurança só poderia ser alcançada com base em uma melhor compreensão dos mecanismos de erro humano²⁶. Outro relevante estudo demonstrou na revisão de 30.000 prontuários de pacientes internados em hospitais de Nova York, que 3,7% dos pacientes apresentaram eventos adversos e destes 13,6% foram a óbitos²⁷.

Na década de 90, estudos que empregaram na avaliação o método de revisão retrospectiva de prontuário do paciente, mostraram que países como Brasil, Nova Zelândia, Austrália, Dinamarca, França, Espanha, Canadá, entre outros, apresentaram índices de EAs superiores a 7%, sendo que desse montante mais de 50% poderiam ser evitados²⁸. Nos EUA, Leape (1994), Bates (1995) e o Instituto de Medicina (IOM) (1999) demonstraram, através de abordagem sistêmica da segurança do paciente, estudo prospectivo de coorte e a publicação do livro “*To Err Is Human: Building a Safer Health System*”, que a incidência e prevenção de

EAs, tanto por medicações quanto por drogas potenciais, eram comuns e muitas vezes evitáveis^{15, 29, 30}. Com a publicação deste livro, iniciou-se um moderno movimento da segurança do paciente, e isto levou a identificação de que erros médicos nas unidades de terapia intensiva, nos centros cirúrgicos e nas emergências, tinham consequências físicas, como a morte, e psicológicas graves, que poderiam ser evitáveis. Além disso, verificou-se que esses erros evitáveis desencadeavam uma insatisfação dos profissionais de saúde, perda de confiança no sistema de saúde pelos pacientes e gastos anuais elevadíssimos. A partir do ano 2000 houve diversas ações tanto para pesquisar sobre a segurança do paciente, quanto para reduzir os eventos adversos. Com isto, os seis domínios que caracterizaram o desempenho do sistema de saúde foram definidos como: segurança, efetividade, foco no paciente, otimização, eficiência e equidade^{15, 31, 32}.

Em 2002, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* lançou as metas de segurança do paciente que foram definidas como: i) identificar os pacientes corretamente; ii) melhorar a comunicação efetiva; iii) melhorar a segurança de medicamentos de alta-vigilância; iv) assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente correto; v) reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; e vi) reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas¹⁵. Ainda corroborando com estas atitudes, relatórios apresentados na 56ª Assembléia Mundial da Saúde (OMS, 2002)³², solicitaram aos países, que promovessem uma atenção especial à segurança do paciente, especialmente às tecnologias, medicamentos e equipamentos médicos, diretrizes globais para a qualidade dos cuidados, e a segurança do paciente, incentivando, inclusive, o desenvolvimento de pesquisas sobre o tema. Neste mesmo ano, a ANVISA em conjunto com as Vigilâncias Sanitárias Estaduais e Municipais, lançou o projeto Rede Sentinela com o objetivo de desenvolver uma rede de serviços em conjunto em todo o País preparada para notificar EAs e queixas técnicas de produtos de saúde, insumos, materiais, medicamentos, saneantes, kits para provas laboratoriais e equipamentos médico-hospitalares utilizados, a fim de ampliar e sistematizar a vigilância em serviços de saúde, garantindo mais segurança e qualidade para os pacientes e profissionais de saúde. Na implantação desta rede, os profissionais da área da saúde e áreas afins de 96 hospitais foram capacitados, através de oficinas de Tecnovigilância, Farmacovigilância e Hemovigilância.

De novembro de 2002 até final de 2003, o Sistema de Informação de Notificação de Eventos Adversos relacionados a Produtos de Saúde (SINEPS) notificou 1.186 na área de Tecnovigilância, 230 em Farmacovigilância, 42 em Queixas Técnicas e 700 na área de Hemovigilância, totalizando 2.158 notificações¹³.

Nos Estados Unidos (EUA), após aumento de jornada de trabalho dos residentes e fundação do *Office of the Federal Coordinator for Healthcare* (ONCHIT) para informatização da assistência à saúde, foram realizadas 4.672 notificações (2.402 em Tecnovigilância, 798 em Farmacovigilância, 617 em Queixas Técnicas e 855 em Hemovigilância). Porém, estes registros diminuíram para 3.816 notificações em 2005 (1.407 notificações em Tecnovigilância, 969 em Farmacovigilância, 310 em Queixas Técnicas e 1.130 em Hemovigilância)^{32, 33}.

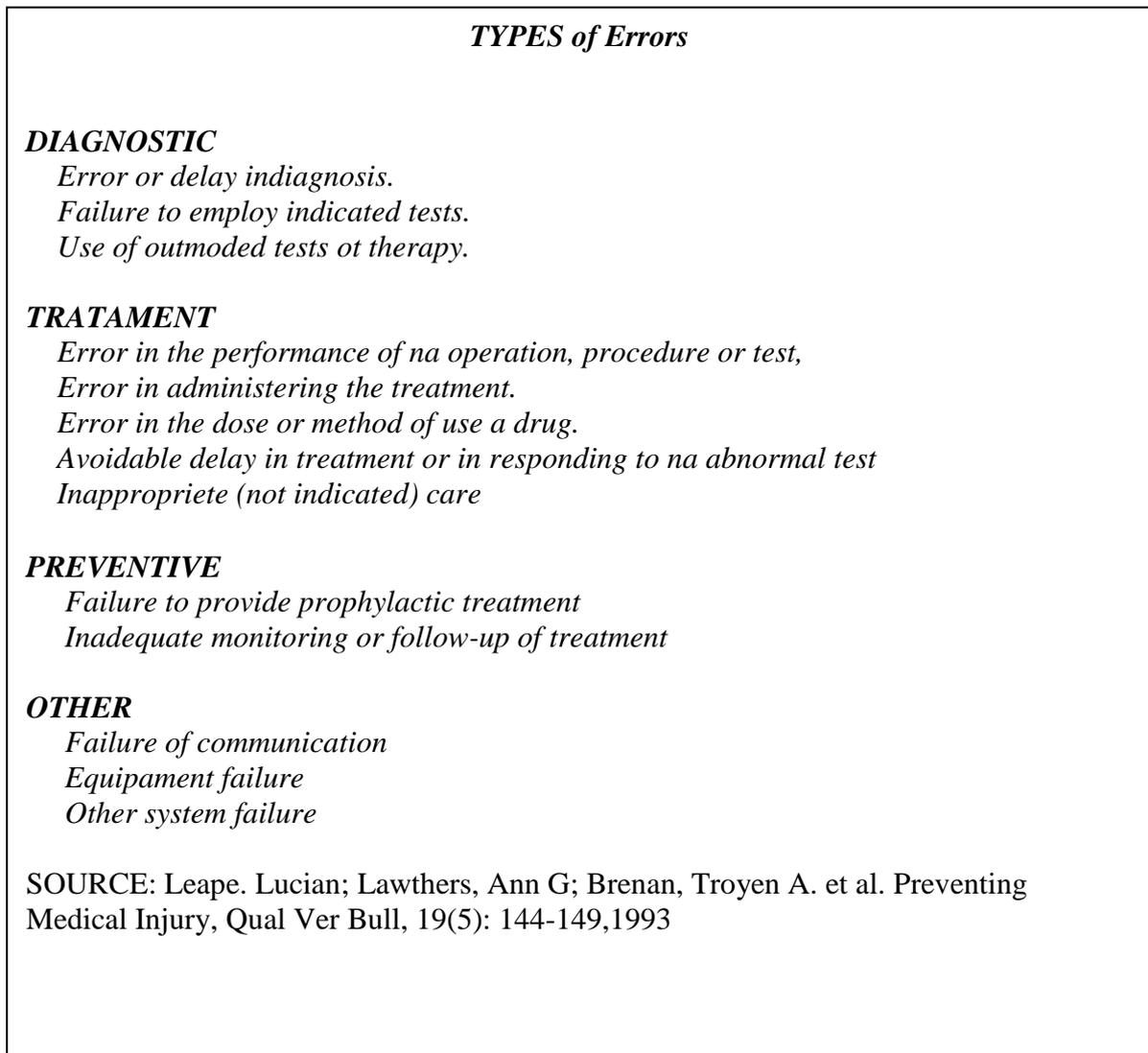
Na Europa, pesquisas revelaram que, durante a assistência, um a cada dez pacientes sofria danos evitáveis e eventos adversos³⁴. Gallotti (2004)³⁵ afirmou que 50 a 60% desses eventos poderiam ser evitados e Mendes et al. (2005)²⁹ denotou que os principais eventos eram queda, administração incorreta de medicações, falhas na identificação do paciente, erros em procedimentos cirúrgicos, infecções, uso incorreto de dispositivos e equipamentos.

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2016), infecções relacionadas à assistência a saúde afetavam milhões de pacientes e tinham um impacto significativo nos doentes e nos sistemas de saúde em todo o mundo. Em meio às medidas de segurança adotadas em um ambiente de promoção e cuidado da saúde, a higienização das mãos foi uma das iniciativas simples e que garantia aos pacientes e profissionais proteções contra várias doenças. Segundo o Ministério da Saúde, o conceito “Meus cinco momentos para a higiene das mãos” sintetizava as indicações de higiene das mãos nos casos necessários e facilitava a compreensão dos momentos em que houvesse riscos de transmissão de microrganismos pelas mãos³⁶ (Figura 1).

Em 2008, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente lançou o desafio global que se baseava em “Cirurgias seguras salvam vidas” e previa também outro desafio denominado “Prevenção da Resistência Microbiana aos Antimicrobianos”³⁷.

Em 2009, a OMS publicou³⁸ um manual com uma lista de verificação de segurança cirúrgica (Figura 2), objetivando a preservação da segurança do paciente, através de interação verbal das equipes. Esta lista previa a redução do número de eventos adversos e diminuição do número de óbitos cirúrgicos, devido às práticas de segurança anestésica, prevenção de infecções de sítio cirúrgico e maior comunicação entre as equipes.

Figura 1: Tipos de Erros (IOM)



Fonte: Kohn, Corrigan and Donaldson, 1999²⁹.

Figura 2: Metas Internacionais de Segurança do Paciente

Metas Internacionais de Segurança do Paciente

Para que as boas práticas estejam por todos os lados.

1

Identificar corretamente o paciente.



Sempre confirme a identificação do paciente antes de realizar exames, procedimentos e tratamentos.

Fique atento!
Conferir dois ou mais dados do paciente ajuda a evitar erros. O paciente pode usar pulseira ou etiqueta para facilitar sua identificação.

DISQUE SAÚDE
136
GOVERNO FEDERAL
www.saude.gov.br

2

Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.



Quando receber ordens verbais ou resultados de exames por telefone, ouça com atenção e anote tudo no prontuário. Depois, leia para a pessoa a que você escreveu e confirme se a informação está correta.

Fique atento!
Escreva no prontuário o nome dos profissionais envolvidos na comunicação, anote data e hora e releia o que foi escrito.

3

Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância.



É muito perigoso aplicar diretamente na veia soluções de eletrólitos em alta concentração sem diluir corretamente. Tome cuidado na hora de manipular ou armazenar medicamentos de alta vigilância. Guarde-os em locais de acesso restrito.

Fique atento!
Identifique sempre os medicamentos de alta vigilância com rótulos específicos destacados por cores, inclusive nos cartões de emergência. Antes do preparo e da administração, faça a conferência do medicamento para prevenir erros.

4

Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.



Antes do início de qualquer procedimento invasivo, verifique a identificação precisa do paciente, a marcação do local cirúrgico, quando for indicada, e a adequação dos equipamentos e recursos necessários. Confirme o procedimento a ser realizado e a obtenção do consentimento informado. Envolve o paciente em todo o processo.

Fique atento!
Nunca se esqueça de realizar o *checklist* cirúrgico, as avaliações pré-anestésicas e de pré-indução, além de documentar todos os procedimentos no prontuário.

5

Higienizar as mãos com frequência para evitar infecções.



Adote a higienização adequada e constante das mãos. Com esse simples cuidado, é possível prevenir e controlar as infecções nos pacientes.

Fique atento!
Todos devem higienizar as mãos utilizando a técnica correta e nos momentos indicados – antes e após contato com o paciente e seus pertences, antes de realizar procedimentos e após risco de exposição a fluidos corporais.

6

Reduzir o risco de lesões ao paciente em decorrência de quedas.



Avalie periodicamente os pacientes em relação ao risco de queda, as instalações físicas e os fatores que predisponem à queda. Lembre-se de que pacientes idosos e sob o efeito de medicamentos precisam de cuidados redobrados.

Fique atento!
Identifique o paciente que tenha maior risco de queda e utilize medidas preventivas. Oriente o paciente e seus familiares para adoção das medidas propostas.






Fonte: MS, 2014⁴².

Diante dos impactos inerentes à segurança do paciente e todos os desafios listados pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, a ANVISA instituiu, em 2010, a Resolução nº 4239, com o objetivo de promover a higienização das mãos. Nesta, estava previsto a obrigatoriedade da disponibilidade de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos em diferentes locais como: i) nos pontos de assistência e tratamento de todos os serviços de saúde do país; ii) nas salas de triagem, de pronto atendimento, unidades de urgência e

emergência, ambulatoriais, unidades de internação, unidades de terapia intensiva, clínicas e consultórios de serviços de saúde; iii) nos serviços de atendimento móvel; e iv) nos locais em que eram realizados quaisquer procedimentos invasivos, para prevenção e controle de infecções, visando a segurança do paciente e dos profissionais de saúde³⁹.

A ANVISA, em 2011 instituiu ainda nova Resolução (nº 63), que dispunha sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde⁴⁰. De acordo com esta Resolução, as estratégias e ações voltadas para a segurança do paciente deveriam estabelecer: i) mecanismos de identificação do paciente; ii) orientações para a higienização das mãos; iii) ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde; iv) mecanismos para garantir segurança cirúrgica; v) orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes; vi) mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes; vii) mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão; e viii) orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada.

O Plano de Ação para a Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente com quatro eixos básicos, foi lançado em 2013 propondo: i) Normatização do Programa, com a publicação de portarias e de Resoluções da ANVISA; ii) Implementação do Programa com estabelecimento de um Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP); iii) Disseminação do Programa; e iv) Capacitação de profissionais da área da saúde. Neste sentido, a Portaria nº 529 do MS (2013)¹⁰ instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, com abrangência para os serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, além daqueles com ações de ensino e pesquisa; e o CIPNSP, coordenado pela ANVISA, determinou a implantação dos Núcleos de Segurança nos serviços de saúde, tornando compulsória a notificação de eventos adversos, com previsão de suspensão do alvará de funcionamento no descumprimento desta (Resolução ANVISA nº 36, 2013)¹⁰.

A Portaria nº 941, de maio de 2013 alterou e acrescentou o artigo 8º a Portaria nº 529/GM/MS, instituindo que o CIPNSP deveria ser composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades: i) do Ministério da Saúde; ii) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); iii) da ANVISA; iv) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); v) do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); vi) do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); vii) do Conselho Federal de Medicina (CFM); viii) do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); ix) do Conselho Federal de Odontologia (CFO); x) do Conselho Federal de Farmácia (CFF); xi) da OPAS; xii)

de quatro Instituições Superiores de Ensino e Pesquisa com notório saber no tema Segurança do Paciente; xiii) do Conselho Nacional de Saúde; e xiv) da Confederação Nacional de Saúde. Além disso, a Portaria do MS nº 1377 (2013)⁴¹, surgiu para estabelecer os protocolos básicos de segurança do paciente, com a cirurgia segura, prática de higiene das mãos em serviços de saúde e a prevenção de úlceras por pressão. Além disso, a Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013⁴, instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, dando outras providências, como o estabelecimento das condições organizacionais para criação dos Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde.

Em 24 de setembro de 2013, a Portaria do MS nº 2095, surgiu estabelecendo protocolos de prevenção de quedas em pacientes hospitalizados, identificação do paciente, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Neste mesmo período, a ANVISA realizou uma consulta pública com 98 participantes de diversos estados do país, para instituir ações para a segurança do paciente em serviços de saúde⁴¹.

Nesse sentido, com o aumento na preocupação com falhas à assistência a saúde, o tema Segurança do paciente tornou-se obrigatório no Currículo dos profissionais da área de saúde a nível técnico, de graduação e pós-graduação (Portaria 529 MS/MEC, 2013) e as seis metas internacionais de segurança do paciente ou diretrizes da OMS estabelecidas para que as boas práticas estivessem nos ambientes de cuidado à saúde foram estabelecidas como⁴²:

1. Identificar corretamente o paciente antes da realização de exames, procedimentos e tratamentos, com ênfase de que conferir dois ou mais dados do paciente podem ajudar a evitar erros. O paciente pode usar pulseira ou etiqueta para facilitar sua identificação;
2. Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde, quando receber ordens verbais ou resultados de exame por telefone, ouvir com atenção e anotar tudo no prontuário. Depois, ler para a pessoa o que escreveu e confirmar se a informação está correta. Ficar atento, escrever no prontuário o nome dos profissionais envolvidos na comunicação, anotar data e hora e reler o que foi escrito;
3. Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância. É muito perigoso aplicar diretamente na veia soluções de eletrólitos em alta concentração sem diluir corretamente. Tome cuidado na hora de manipular ou armazenar medicamentos de alta vigilância. Guarde-os em locais de acesso restrito. Fique atento. Identifique sempre os

medicamentos de alta vigilância com rótulos específicos destacados por cores, inclusive nos carros de emergência. Antes do preparo e da administração, faça a conferência do medicamento para prevenir erros;

4. Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos. Antes do início de qualquer procedimento invasivo, verifique a identificação precisa do paciente, a marcação do local cirúrgico, quando for indicada, e a adequação dos equipamentos e recursos necessários. Confirme o procedimento a ser realizado e a obtenção do consentimento informado. Envolver o paciente em todo o processo. Fique atento. Nunca se esqueça de realizar o *checklist* cirúrgico, as avaliações pré-anestésicas e de pré-indução, além de documentar todos os procedimentos no prontuário;
5. Higienizar as mãos com frequência para evitar infecções. Adote a higienização adequada e constante das mãos. Com esse simples cuidado, é possível prevenir e controlar as infecções nos pacientes. Fique atento. Todos devem higienizar as mãos utilizando a técnica correta e nos momentos indicados, antes e após contato com a paciente e seus pertences, antes de realizar procedimentos e após risco de exposição a fluidos corporais; e,
6. Reduzir o risco de lesões ao paciente em decorrência de quedas. Avalie periodicamente os pacientes em relação ao risco de queda, as instalações físicas e os fatores que predispõem à queda. Lembre-se de que pacientes idosos e sob efeito de medicamentos precisam de cuidados redobrados. Fique atento. Identifique o paciente que tenha maior risco de queda e utilize medidas preventivas, Oriente o paciente e seus familiares para a adoção das medidas propostas.

O Projeto Hospitais Sentinela foi bem aceito pelos serviços de saúde do país, com crescente participação de hospitais na forma de colaboradores. Em 2016, a rede sentinela contava com a participação de 56 hospitais, com notificações regulares, qualificadas e fidedignas, contribuindo para os trabalhos da ANVISA³³. O Projeto UTI visitas (MS/OMS 2016), de parceria entre o Ministério da Saúde e o Hospital Moinhos de Vento, através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), contribuiu bastante para a cultura de segurança e para a qualificação da assistência. Este

projeto, contou com a participação de 35 hospitais, sendo dois destes localizados no estado da Bahia (Hospital Geral Cleriston Andrade (HGCA), em Feira de Santana e o Hospital Santa Izabel (HSI)/Santa Casa de Misericórdia da Bahia (SCMB), em Salvador)⁴³.

A Organização Mundial de Saúde, reconhecendo os EAs enquanto problema de saúde pública lançou em setembro de 2017 o projeto “Melhorando a segurança do paciente em larga escala no Brasil”, que prevê execução por meio do PROADI-SUS de 2017 a 2020⁴³.

O Ministério da Saúde, com a participação dos hospitais classificados como “Hospitais de Excelência” (Hospital Alemão Osvaldo Cruz (SP); Hospital Beneficência Portuguesa (SP); Hospital do Coração (SP); Hospital Israelita Albert Einstein (SP); Hospital Sírio Libanês (SP) e o Hospital Moinhos de Vento (RS)), assumiram compromisso com a segurança e qualidade do atendimento ao paciente, objetivando: i) realizar trabalho de *coach* para orientação quanto as melhores práticas quanto ao cuidado com a segurança do paciente; ii) maximizar os recursos financeiros propondo reduzir eventuais desperdícios; e iii) gerar relatórios de acompanhamento dos resultados durante todo o período do projeto. Os resultados deveriam, com isso, reduzir em 50% o número de infecções relacionadas à assistência à saúde⁴³.

Nos EUA, o erro médico foi descrito como a 3º causa de morte, sendo o impacto financeiro das falhas de segurança na saúde, 15% do total de todos os gastos hospitalares. Desta forma, verificou-se que neste país, os custos de prevenção dos eventos adversos são bem menores quando comparados aos custos após o dano ao paciente^{44, 45, 46}.

Em 2015, no Brasil, aproximadamente 434 mil mortes ocorreram devido a eventos adversos, sendo a maioria registrada em hospitais que não atendiam aos requisitos mínimos para a segurança do paciente⁴⁷, e no ano de 2016, a mortalidade associada aos EA ficou entre as 1ª à 5ª causas de óbito. Os dados apontaram ainda que R\$ 15,5 bilhões de reais foram gastos anualmente pela insegurança assistencial hospitalar, onde até 434.112 óbitos, poderiam estar associados a eventos adversos⁴⁵. O Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP) publicou ainda que a cada três minutos 2,47 brasileiros estão morrendo em um hospital público ou privado, como consequência de um evento adverso. Tais dados são suficientes para se afirmar que no Brasil, os eventos adversos matam mais do que o câncer. Já no mundo ocorreram 421 milhões de internações hospitalares por ano e destas tem-se registros de que os EA atingem o índice de 10,1%⁴⁸.

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 Caracterização do estudo

Este estudo caracteriza-se como clínico transversal. Neste sentido, trata-se de uma pesquisa do tipo *Survey* pelo fato de haver buscado informações sobre ações e/ou opiniões de determinado grupo de pessoas. Os dados deste estudo foram obtidos entre agosto e dezembro de 2016, através da aplicação de questionário semiestruturado.

4.2 Amostragem

Os profissionais da saúde que participaram deste estudo faziam parte do quadro de funcionários do Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), Hospital Municipal Esaú Matos (HMEM), Hospital São Vicente de Paula (HSVP), Instituto Brandão de Habilitação (IBR), Casa de Saúde São Geraldo (CSSG), Serviço de Assistência Médica de Urgência (SAMUR) e Unidade Médica Cirúrgica LTDA (UNIMEC) em Vitória da Conquista, Bahia. Não foram adotados critérios de seleção e exclusão, tendo em vista que o convite foi para a participação de todos os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos, etc.) dos hospitais incluídos no estudo do município.

4.3 Coleta de dados

I. Instrumento de Pesquisa

O questionário semiestruturado utilizado neste estudo foi o intitulado “Hospital *Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC)“, elaborado pela AHRQ dos Estados Unidos, com o objetivo de mensurar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente. Este instrumento, atualmente utilizado em diversos países e validado em português, é composto por nove seções identificadas por letras (de A até I) e apresenta 12 dimensões ou fatores da cultura de segurança. Denota-se neste ponto que na validação deste questionário no Brasil, somente dez dimensões foram confirmadas, e não doze como no original, pois duas obtiveram resultados insatisfatórios^{49, 50}.

Com relação às unidades de trabalho no hospital foram avaliadas 07 (sete) dimensões:

i) 04 itens quanto à expectativa e ações de promoção da segurança dos supervisores e

gerentes; ii) 03 itens quanto ao aprendizado organizacional e/ou melhoria contínua; iii) 04 itens quanto ao trabalho em equipe no âmbito das unidades; iv) 03 itens quanto a comunicação; v) 03 itens relativos ao *feedback* e comunicação sobre os erros ocorridos; vi) 03 itens relativos às respostas não punitivas aos erros; e vii) 04 itens relativos à equipe de trabalho (*staffing*).

No nível hospitalar foram avaliadas 03 (três) dimensões: i) 03 itens relativos ao apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; ii) 04 itens relativos ao trabalho em equipe entre as unidades hospitalares; e iii) 04 itens quanto à transferência interna e passagem de plantões.

Com relação às medidas de resultado foram avaliadas 02 (duas) dimensões, com escalas de simples e múltiplos itens: i) 01 item relativo às variáveis de resultado, sendo o de eventos relatados nos últimos 12 meses e a nota de segurança do paciente; ii) 04 itens relativos às dimensões de resultados, como a percepções gerais sobre segurança do paciente; e iii) 03 itens quanto à frequência de eventos relatados.

Esse instrumento possibilita a verificação da percepção dos funcionários individualmente e por unidade ou setor hospitalar, que têm contato direto ou indireto com os pacientes. Desta forma este permite: (i) identificar áreas cuja cultura necessita de melhorias; (ii) avaliar a efetividade de ações implementadas para a melhoria da segurança, ao longo do tempo; (iii) possibilitar uma avaliação comparativa interna e externa, auxiliando a organização hospitalar na identificação de como a cultura de segurança difere entre as diferentes organizações; e (iv) priorizar esforços de fortalecimento da cultura, identificando suas fragilidades. A maioria dos itens do questionário foi respondida em uma escala de cinco pontos para refletir sua taxa de concordância.

II. Coleta de dados

Inicialmente buscou-se saber o número de funcionários de cada unidade hospitalar. Em seguida, os voluntários participantes receberam informações acerca do estudo e foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), diante da resposta positiva em relação a participação no estudo. O questionário foi primeiramente fornecido de forma impressa, dentro de um envelope não identificado, sendo os participantes orientados a depositarem o mesmo, após responderem, em caixa coletora disponibilizada com identificação em cada unidade hospitalar. Também foi fornecida a possibilidade de participação via *online*, através da utilização de *link* específico com as perguntas estruturadas.

4.4 Análise de dados

Os dados coletados foram tabulados, utilizando-se o Programa Excell Microsoft, segundo orientações de Sorra e Nieva (2004)⁵⁰, verificando-se questionários que apresentassem elevado número de dados ausentes. Neste estudo, não foram utilizadas 02 (dois) questionários respondidos, por apresentarem número muito baixo de respostas, por outro lado, o restante dos questionários respondidos apresentaram 90% de respostas íntegras.

As análises estatísticas quantitativas foram realizadas com o auxílio do Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 17.0.1) e os resultados foram expressos em tabelas e gráficos, com intervalo de confiança de 95% ($p \leq 0,05$). Os dados subjetivos da pesquisa, ou qualitativos, foram analisados de forma sistêmica, segundo Gehardt e Silveira (2009)⁵¹, possibilitando ao pesquisador a realização de verificação entre os dados apontados pela literatura e o encontrado no estudo.

4.5 Aspectos éticos

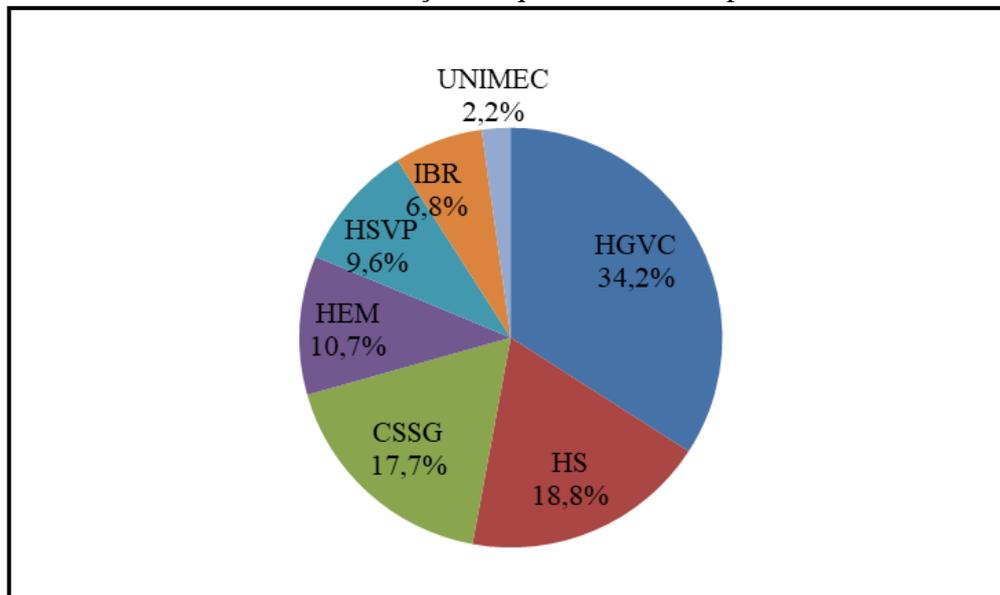
Em atendimento à Resolução nº 466/2012, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Humanos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, através do Projeto intitulado “Dimensões da cultura de segurança dos pacientes em hospitais da cidade de Vitória da Conquista - Bahia – Brasil“, sob o número CAAE: 50738615.4.0000.5544, Versão: 1 e Número do parecer 1.341.867.

Como critério de inclusão foram admitidos para o estudo indivíduos pertencentes ao quadro efetivo de funcionários dos hospitais de Vitória da Conquista, BA, excluindo-se funcionários não efetivos ou não pertencentes ao quadro de funcionários.

5 RESULTADOS

Dentre os 1200 questionários distribuídos para a realização da pesquisa, um total de 491 (40,9%) foram respondidos por profissionais em atividade hospitalar de forma adequada, sendo validados para o estudo. 59,1% não foram devolvidos, ou não foram respondidos satisfatoriamente (Gráfico 1).

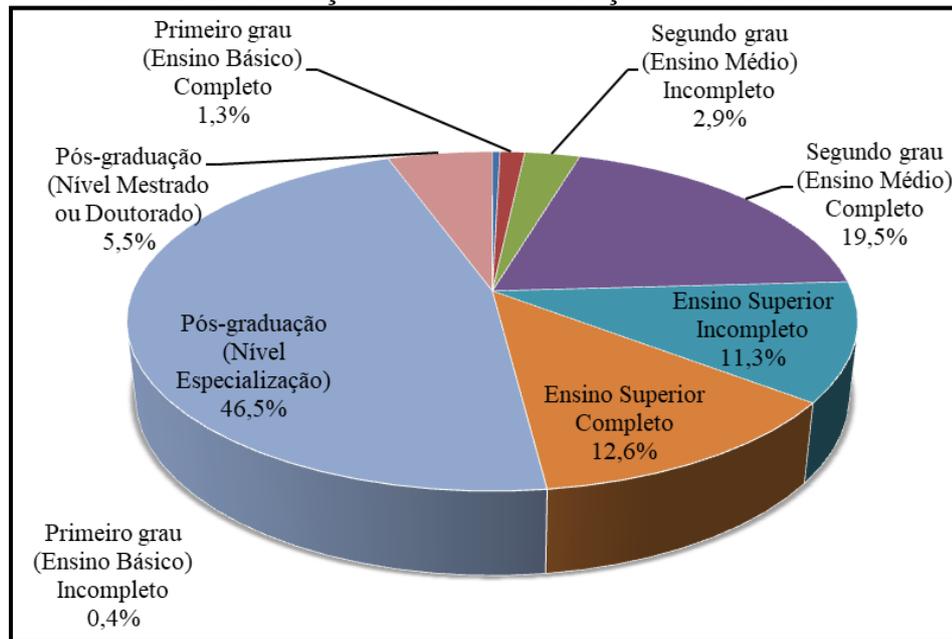
Gráfico 1: Distribuição de questionários respondidos.



Dentre os voluntários, 65,4% (n= 299) foram do sexo feminino e 34,6% (n= 158) do sexo masculino. 34 indivíduos não declararam seu gênero. 25,3% dos participantes estavam na faixa-etária entre 20 a 30 anos de idade, 41,3% entre 31 a 40 anos, 20,3% possuíam entre 41 a 50 anos, 10,8% entre 51 a 60 anos e 2,3% tinham acima de 60 anos. O gráfico 2 ilustra os resultados referentes à escolaridade dos voluntários, evidenciando que 46,5% dos voluntários possuíam alguma especialização.

Com relação a aspectos gerais sobre os entrevistados, como por exemplo, o tempo em que trabalhavam no hospital e na área de atuação, assim como, carga horária da jornada de trabalho, verificou-se que 84,6% atuavam nas unidades hospitalares por mais de 1 ano, enquanto o tempo de atuação na área variou de 1 a mais de 21 anos, com percentual maior (41,5) para os funcionários que possuíam tempo de trabalho entre 1 a 5 anos na sua atual área ou unidade hospitalar. 63,1% dos entrevistados possuíam uma carga horária semanal de trabalho variável entre 20 e 39 horas.

Gráfico 2: Distribuição do Grau de instrução dos voluntários.



Com relação à ocupação dos voluntários, o estudo demonstrou que 31,9% eram médicos, 19,5% enfermeiros e 29,3% técnicos e/ou auxiliares de Enfermagem. Outros profissionais foram representados por 19,3% da amostra. 84,7% dos voluntários afirmaram ter contato direto no cuidado dos pacientes durante o exercício de suas atividades nas unidades hospitalares.

No que se refere ao tempo de trabalho nas especialidades, os dados demonstraram uma variação de menos de um ano até 45 anos de atuação. Nesse contexto, 34,8% dos participantes afirmaram que trabalhavam até cinco anos, enquanto 8,1% atuavam a mais de 25 anos em suas áreas específicas. Os resultados demonstraram que 19,4% dos questionários respondidos foram de profissionais da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 15,4% da Clínica Cirúrgica, 9,8% da Clínica não Cirúrgica, 6,3% das unidades de Emergência, 6,3% da Obstetrícia e 42,8% de unidades variadas e não específicas.

Os resultados demonstraram haver auxílio mútuo entre os profissionais nas suas unidades de atuação (64,6%), contudo para 59,2% dos entrevistados, o número de profissionais existentes em cada unidade hospitalar é insuficiente para o atendimento de toda demanda. Neste sentido, em circunstâncias de sobrecarga de trabalho em curto período de tempo, 70,6% apontaram para a existência de ajuda mútua e desenvolvimento das atividades em equipe. A declaração positiva da existência de respeito entre os profissionais representou 71,3%, com variação da resposta entre “concordo” e “concordo totalmente”.

Com relação a pergunta se independente do vínculo empregatício os profissionais

trabalhavam mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente, 38,8% dos voluntários responderam “concordo“ e “concordo totalmente“, 37,3% “discordaram“ ou “discordaram totalmente“ e 23,9% mantiveram-se neutros. Por outro lado, 74,1% disseram estar realizando atividades para a melhoria da segurança do paciente. A avaliação acerca do recurso da terceirização para o cuidado com o paciente demonstrou que 55% era a favor desta ação, enquanto 21,6% declarou ter número de profissionais terceirizados maior do que o necessário na sua unidade e 23,4% não opinaram.

Com relação aos Eventos Adversos (EAs), 66,2% dos profissionais participantes do estudo declararam que no caso de erros, enganos ou falhas, a atenção recairia sobre a pessoa e não sobre o problema, podendo ser um fato usado contra eles próprios. Mesmo assim, 57,7 % responderam positivamente que eventos poderiam desencadear mudanças positivas nas unidades hospitalares, enquanto 56,6% afirmaram que não era por acaso que erros, enganos ou falhas mais graves não ocorriam (ou eram evitadas) em suas unidades.

Considerando que a sobrecarga de trabalho poderia levar a ocorrência de EAs, verificou-se que 50,6% dos profissionais não recebiam ajuda de outras unidades nestas situações. Quanto às mudanças realizadas para o melhoramento na segurança do paciente e a efetividade destas ações, 57,1% afirmaram haver mudanças e avaliações acerca da sua efetividade, enquanto 19,9% concordaram que não existe avaliação com relação à efetividade das mudanças.

Durante este estudo foi constatado que 45,9% dos profissionais atuavam em “situação de crise“, ou seja, trabalhavam muito em curto período de tempo. Porém, mesmo diante desta situação, 49,9% dos voluntários avaliaram que a segurança do paciente jamais era comprometida em função da demanda de trabalho a ser concluída. Contrapondo este ponto, 47,9% afirmaram perceber a existência de problemas com a segurança do paciente em suas respectivas unidades.

A maioria dos voluntários (56%) relatou preocupação com o registro de erros, enganos, ou falhas em suas fichas funcionais, independente do vínculo empregatício existente com a unidade hospitalar, embora 46,1% concordassem que os procedimentos e sistemas eram adequados para prevenção da ocorrência destes eventos ou erros.

Com relação ao quesito Supervisor/chefe da unidade, percebeu-se que a maioria dos voluntários (54,6%) concordou que seu supervisor os elogiava quando estes se comprometiam com as metas de segurança do paciente, e 61,7% afirmaram que suas sugestões para a melhoria desta segurança eram consideradas pelos mesmos. 59,4% informaram que mesmo que “a pressão” aumentasse nas suas unidades de trabalho, os

supervisores não admitiam que as etapas da segurança do paciente fossem ignoradas, e 75,7% declararam ainda que seus supervisores se preocupavam com os eventos que aconteciam repetidamente nas unidades hospitalares.

Quanto à avaliação da comunicação relativa aos Eventos Adversos, os dados encontrados estão expostos na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização da comunicação em relação aos EAs.

	Nunca (%)	Raramente (%)	Às Vezes (%)	Quase Sempre (%)	Sempre (%)
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implantadas a partir dos relatórios de eventos.	9,5	18,8	30,1	23,8	17,7
2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	3,4	11,8	24,5	24,5	35,7
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	8,5	17,2	31,2	20,4	22,6
4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	14,2	25,6	30,5	17,2	12,5
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.	5	13,7	23,7	26,7	30,70%
6. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	13,9	21,7	38,7	21,3	4,4

Mais de 50% (57,4%) dos questionados afirmaram que sempre ou quase sempre havia debates entre eles com relação aos mecanismos de prevenção de erros, para que estes não se repetissem. Estes resultados evidenciaram ainda que a maioria (70,3%) demonstrou constrangimento para questionar decisões de seus superiores e têm receio de perguntar quando algo não parece certo (74,3%), evidenciando a falta de comunicação entre estes profissionais.

Com relação à avaliação da frequência de Eventos Adversos observou-se que aproximadamente a metade dos voluntários relatava a ocorrência destes nos casos dos mesmos serem percebidos e corrigidos antes de afetarem (51,1%) ou quando não havia

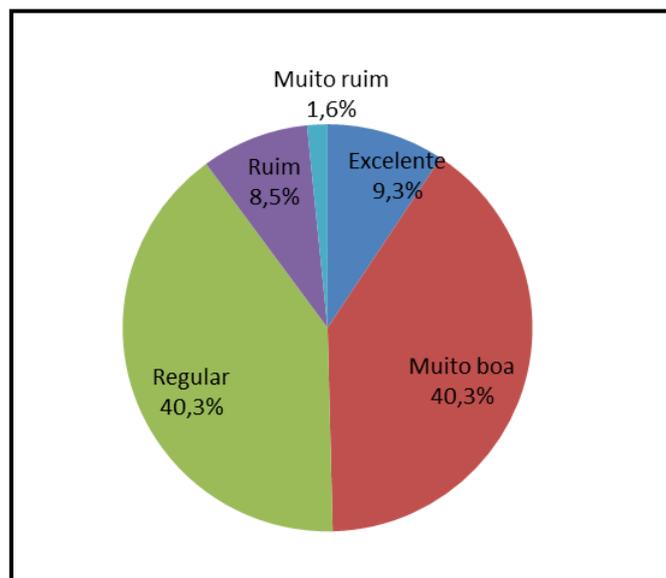
dano ao paciente (50%), e mais da metade (52,6%) afirmou relatar o erro, engano ou falha mesmo quando o evento pudesse causar danos ao paciente (Tabela 2).

Tabela 2: Frequência de eventos relatados.

	Nunca (%)	Raramente (%)	Às Vezes (%)	Quase sempre (%)	Sempre (%)
1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é <u>percebido e corrigido antes de afetar o paciente</u> , com que frequência ele é relatado?	7,1	19,6	22,2	26,1	25
2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas <u>não há risco de dano ao paciente</u> , com que frequência ele é relatado?	8,5	19,8	21,7	23	27
3. Quando ocorre erro, engano ou falha que <u>poderia causar danos ao paciente</u> , mas não causa, com que frequência ele é relatado?	5,7	18,9	22,8	24,1	28,5

Este estudo demonstrou ainda que a metade dos funcionários que participaram desta pesquisa avaliou a questão da segurança do paciente nas unidades hospitalares como satisfatória e a outra metade como insatisfatória (Gráfico 3).

Gráfico 3: Avaliação da segurança do paciente.



As unidades hospitalares onde as atividades funcionais eram desenvolvidas também foram avaliadas. Os resultados demonstraram que 49,8% dos participantes

concordavam ou concordavam totalmente com a afirmação de que a direção do hospital no qual trabalhavam propiciava um clima de trabalho capaz de promover a segurança do paciente. Com relação à coordenação das unidades do hospital, verificou-se que 24,6% discordaram e 7,8% discordaram totalmente de que estas não eram bem coordenadas entre si. Por outro lado, 30% da amostragem concordaram e 5,8% concordam totalmente com tal afirmativa. 27,7% mantiveram-se neutros.

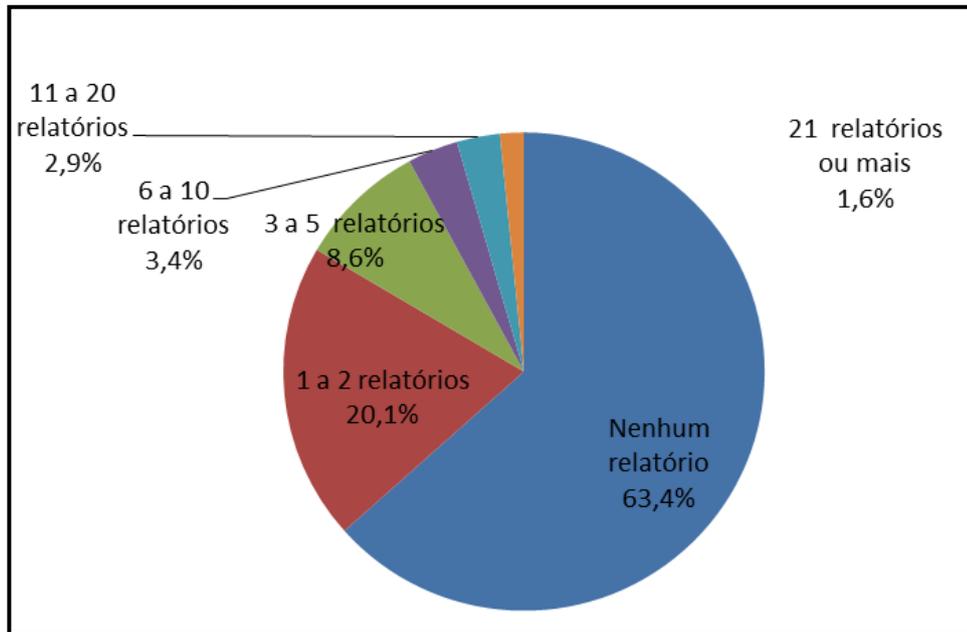
37,3% dos voluntários foram favoráveis à afirmação de que o processo de cuidado era comprometido quando um paciente era transferido de uma unidade para outra. Contrapondo este resultado 38% discordaram dessa afirmativa, enquanto 24,5% mantiveram-se neutros. 43,1% concordaram que havia uma boa cooperação de trabalho entre os colegas e quando havia mudança de plantão, mais da metade dos voluntários representaram aqueles que se mantiveram neutros, concordaram, ou concordaram totalmente com a afirmativa de que não havia perdas de informações nestas mudanças.

O compartilhamento das atividades desenvolvidas não mostrou-se desagradável para 42,7% dos voluntários. 46,9% dos envolvidos na pesquisa, concordaram com a afirmativa de que as ações da direção demonstravam que a segurança do paciente tinha prioridade, mesmo havendo problemas na troca de informações entre as unidades dos hospitais para 37,3% dos pesquisados. 45,2% discordaram que a direção do hospital só parecia interessada na segurança do paciente quando ocorresse algum EA, evidenciando que não era preciso haver a ocorrência deste para que a direção das unidades hospitalares pesquisadas se interessassem pelo tema segurança do paciente.

Este estudo demonstrou que 50,5% dos voluntários concordaram que as unidades dos hospitais trabalhavam bem e em conjunto para a prestação do melhor cuidado aos pacientes.

Os resultados referentes ao número de eventos relatados, foram obtidos através da verificação de quantos relatórios de eventos adversos os funcionários participantes da pesquisa preencheram nos últimos 12 meses (Gráfico 4).

Gráfico 4: Avaliação dos relatórios de EAs dos últimos 12 meses.



10,6% (n= 52) dos participantes deste estudo emitiram algum comentário acerca da segurança do paciente, erro ou relatos de eventos ocorridos na unidade hospitalar que trabalhavam (Q1 a Q52). Após a separação dos comentários por tema abordado, foram identificados aqueles que remetiam as seis metas internacionais de segurança do paciente, sendo alguns destes descritos abaixo.

Com relação à primeira meta, “Identificar corretamente o paciente”:

Em minha opinião uma atitude simples que poderia diminuir alguns erros e aumentar a segurança do paciente seria o preenchimento das fichas dos pacientes, pois às vezes nem o nome completo se coloca, gerando falhas e erros (Q1).

Trabalho em um hospital público, que por sim só, diante de suas mazelas que pode já ser considerado um evento adverso para cada paciente que desse serviço precisa, haja vista a exposição dos mesmo que se encontra em maca nos corredores sem identificação, privacidade, ambiente extremamente insalubre e além da gestão política temerária (Q. 2).

Reportando-se à segunda meta “Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde”, 13 voluntários fizeram comentários, deixando nítida a preocupação que esses profissionais tinham com relação: i) aos temas segurança do paciente; ii) notificação dos EA; iii) devolutivas das situações vivenciadas; e iv) educação continuada. Seguem dois destes comentários:

Infelizmente poucos profissionais são responsáveis e pensam no bem-estar e principalmente na segurança do paciente, por exemplo, no meu setor, uma parte da

equipe não demonstra nenhum interesse em se comprometer com o trabalho em equipe, mesmo tendo consciência que nosso trabalho é primordial para a segurança do paciente. Obs.: precisamos com urgência de mais profissionais na equipe, pois trabalhamos com um número muito reduzido (Q. 3).

Acredito que os erros e os relatos dos mesmos, sofrem importantes equívocos de percepção, tanto gerentes quanto a equipe em geral, tende a considerar o erro como um “ataque ao ego”. Tal percepção tem dificultado o arranjo do desenho dos processos adequado, bem como uma comunicação mais fluida e tranquila entre a equipe (Q. 4).

Um comentário foi registrado referente à terceira meta “Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos“:

Após em erro fatídico, com administração de medicação (reação alérgica) onde o paciente sabidamente era alérgico. Foi criado o núcleo de segurança do paciente, com equipe multidisciplinar, visando minimizar as possibilidades de erro; espero que com esse projeto, novas técnicas, métodos, possibilitem a implementação de normas e protocolos, tornando cada vez mais seguro o atendimento de nossos clientes (Q. 14).

Para a quarta meta “Cirúrgia segura que consista em garantir a cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos“, denotou-se 2 comentários:

A segurança do paciente é uma política relativamente nova, embora seus fundamentos sejam há tempos conhecidos. Ela vem sendo introduzida aos poucos com grande dificuldade relacionada a procedimentos cirúrgicos (Q. 15).

Há um check list de cirurgia segura que está sendo implantado! E realizo rotineiramente nas minhas cirurgias, porém há relato de resistência à realização do check list pelos médicos (Q. 16).

Com relação à quinta meta “Higienização das mãos para evitar infecções”, foi relatado um comentário:

Rotina de higienização comprometida. Leitos antigos. Falta de cadeiras confortáveis para os pais, o que induz os mesmos a dormirem nas camas dos pacientes. Números pequenos de profissionais que acabam dobrando plantões para suprir as necessidades de atendimento (Q. 17).

Para a sexta meta “Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão“, a preocupação foi expressa segundo o comentário abaixo:

Penso na equipe de enfermagem, sobrecarregada aqui na obstetrícia e as dificuldades estruturais do hospital e esta leva a falhas na segurança. Os banheiros não têm suporte para as roupas, os pisos são escorregadios, a iluminação é precária, não há ventilação. As camas não são adequadas para evitar dores na coluna (Q. 23).

A segurança do cliente ou comissão para prevenção foi a melhor estratégia pensada na segurança deste. Visando melhorias no atender melhor e sermos mais eficientes no seu cuidar (Q. 24).

A última meta, “Segurança do paciente no contexto geral, problemas diversos nas unidades hospitalares, como, por exemplo, falta de recursos, atuações dos gestores, falta do núcleo de segurança implantado e em funcionamento” foi registrado maior número de comentários:

Este hospital tem estado comprometido com a segurança do paciente, inclusive a implementação de núcleo de segurança do paciente; o setor de enfermagem tem demonstrado maior comprometimento com a segurança do paciente (Q. 26);

A segurança do paciente é uma política relativamente nova, embora seus fundamentos sejam há tempos conhecidos. Ela vem sendo introduzida aos poucos com grande dificuldade relacionada a procedimentos cirúrgicos (Q. 52).

6 DISCUSSÃO

O tema segurança do paciente tornou-se importante nas últimas décadas devido aos elevados números de eventos adversos detectados e que poderiam ser evitáveis, no processo da assistência ao cuidado do indivíduo. O ideal no cuidado aos seres humanos é reduzir atos inseguros, com a aplicação de melhores práticas assistenciais, alcançando assim, um mínimo aceitável de acertos^{15, 16, 19, 21, 22, 25, 59}.

A notificação compulsória é um fator importante para assegurar melhor atendimento e minimizar eventos adversos, pois torna possível uma avaliação acerca dos serviços de saúde ofertados, e ao mesmo tempo, possibilita estabelecimento de medidas e ações educativas com a finalidade de capacitar cada vez mais os profissionais de saúde.

A identificação de eventos adversos tem levado a mudanças positivas nos serviços hospitalares. A Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ) investe, desde 2007, em pesquisas para o desenvolvimento de ferramentas e promoção do conhecimento da segurança no diagnóstico do paciente, levando a melhorias na precisão dos testes laboratoriais e também na utilização de outras ferramentas, para assegurar de forma mais eficaz a segurança do paciente. Corroborando com estas ações, este estudo demonstra a relevância dos relatórios de EA nos hospitais de Vitória da Conquista (BA). Este fato também pode ser observado em hospitais holandeses, que utilizam nas suas auditorias os relatórios, como ferramenta de informação quanto aos cuidados e assistência aos pacientes⁶¹. Contrapondo este fator positivo, este estudo demonstra também que o receio dos profissionais, em relação às consequências e retaliações devido a ocorrência de EA, pode ser um fator de interferência para a verificação da qualidade dos serviços, uma vez que as subnotificações ou mesmo as suas ausências impossibilitam as avaliações ou identificações dos problemas existentes, não só pelos gestores, mas também, por parte de toda a equipe das unidades hospitalares.

Os resultados obtidos neste estudo também demonstraram que a maioria (58,4%) dos profissionais não recebia informações com relação às implementações de mudanças adequadamente, 60,2% sentiam-se sempre, ou quase sempre livres, para alertar quando identificavam a possibilidade de um evento atingir o paciente, e quase a metade dos voluntários (48,5%) raramente ou somente às vezes eram informados sobre os erros que aconteciam na unidade.

A verificação de subnotificações, ou mesmo a inexistência de notificações de EA, assim como, registros de apenas metade dos erros e falhas ocorridas nos hospitais de Vitória

da Conquista, estão de acordo com os dados registrados em outros municípios brasileiros, onde se denota que a maioria dos hospitais não atende aos requisitos mínimos para a segurança do paciente⁴⁸. Este fato também foi demonstrado por Paranaguá et al. (2013), onde em uma clínica cirúrgica, foi constatado uma prevalência de 82% de incidentes sem dano e 18,7% de EA⁵⁷.

Os resultados deste estudo também evidenciam que é essencial a tomada de medidas para assegurar aos profissionais da saúde apoio na ocorrência e registro de EA, pois o medo de assumir o erro na assistência, o receio dos processos jurídicos exigindo reparação destes danos, a preocupação quanto às advertências pelas suas classes, além do déficit de comunicação entre as equipes e seus supervisores, os impedem ou os intimidam de registrar tais ocorrências. Neste sentido, torna-se essencial que o processo de notificação de EAs não seja utilizado de forma punitiva para o profissional, mas sim, como motivo para reavaliar e qualificar a assistência, melhorar a capacitação das equipes e identificar as áreas que necessitam de uma melhor assistência, conforme preconizam as ferramentas do “Projeto Paciente Seguro”, publicadas em 2016, pelo Ministério da Saúde⁴⁵.

Assim como em outras localidades no país, os resultados obtidos demonstram a necessidade de adequações na assistência à saúde nos hospitais de Vitória da Conquista, para que se alcance uma melhora na qualidade desta, de acordo com os critérios de segurança do paciente da OMS. Denota-se neste estudo, que os profissionais precisam frequentemente, exercer suas atividades rapidamente, sem condições de trabalho ou em condições de crise, além da deficiência ou inexistência na comunicação entre os pares.

As situações de crise interferem diretamente nas condições de trabalho no hospital, podendo gerar danos ao paciente, como intercorrências que não foram a causa do seu internamento. Mesmo nestas situações de crise, os profissionais que participaram deste estudo relatam seguir a normatização para planejar, executar e avaliar o programa de segurança do paciente, conforme estabelecido pela AHRQ⁶³.

A avaliação realizada pela “Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente” (HSOPSC) verifica se os supervisores consideram as sugestões das equipes para melhorar a segurança do paciente, reconhecendo a participação de todos para a melhoria da segurança do paciente. Neste ponto, este estudo reflete a necessidade de melhoria entre as interações das unidades hospitalares e equipes de trabalho, assim como, das equipes e seus supervisores. Outra carência observada nos hospitais de Vitória da Conquista é a de programas de atualização curricular, pois a maioria não obteve formação com ênfase na assistência evitando eventos adversos.

Algumas limitações foram encontradas neste estudo e dentre elas as mais significativas foram as dificuldades do retorno dos questionários, devido provavelmente ao medo de repressão dos seus gestores/ ou chefes hospitalares, pois apesar dos questionários não serem identificados, tinha os itens em que deveriam assinalar a sua função ou profissão. Outro ponto limitador pode ter sido a extensão do próprio questionário, que demandava tempo dos voluntários para responderem todos os questionamentos.

7 CONCLUSÃO

Os dados obtidos neste estudo puderam evidenciar que:

1. As unidades pesquisadas estão comprometidas em melhorar sua atuação e existe uma preocupação em atender as metas da OMS/ANVISA/MS;
2. As notificações não são ainda uma rotina para todos profissionais, talvez pelo fato destas produzirem insegurança na relação instituição/profissionais, fatores estes, que podem gerar as subnotificações ou a ausência destas, através da apresentação de taxas irreais dos EAs nas unidades;
3. A subnotificação, a falta de comunicação, o medo e o desconhecimento são problemas importantes identificados neste estudo, devendo haver programas educativos e ações para capacitação das equipes, melhoria da inter-relação entre os profissionais e gestores, desmitificação da cultura de não notificar, assim como, esclarecimentos relativos ao papel das notificações como ferramentas apenas para avaliação e elaboração de programas educativos, visando uma melhoria na qualidade da assistência médica;
4. Nas unidades é de suma importância a utilização de protocolos e diretrizes de segurança dos pacientes já estabelecidos pela OMS/ANVISA/MS, para reconhecimento e identificação dos EAs evitáveis, antes que os mesmos possam causar danos irreparáveis ao paciente;
5. E que além das notificações dos EAs ainda deve-se estabelecer uma comunicação adequada e inibição da cultura punitiva dos chefes e/ou coordenadores das unidades hospitalares, a fim de facilitar a prevenção dos EAs, pois com uma estatística real destes eventos em cada unidade hospitalar, poder-se-iam ser estabelecidos programas de educação continuada com as equipes para a melhoria dos serviços e minimização dos eventos prejudiciais à saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. Ignaz PS, Frank PM. Childbed Fever. *Reviews of Infectious Diseases*, 3(4), 808-811.
“Childbed Fever.” *Reviews of Infectious Diseases*, 1981; 3(4): 808–811.
2. Hugonnet S, Pittet D. Infection Control Program. *Clin Microbiol Infect*; 2000; 6(7): 348–354.
3. Schiesari L, Qualidade e segurança no cuidado ao paciente: caderno do curso. In: Schiesari L, Petrolino HMBS, Silva SC, Bellusci SM, Borrasca VL. Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente. São Paulo: Ministério da Saúde, 2015, ISBN 978-85-66757-70-5.
4. Ministério da Saúde (BR). Resolução - RDC N° 36, de 25 de julho de 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
5. Marchon SG, Mendes Junior WV. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, 2014; 30(9): 1815-1835.
6. Mota CTD. Dinâmica educacional de Vitória da Conquista e seus efeitos locais. [Dissertação] [internet] Aracajú: Universidade Federal de Sergipe - UFS, 2011. [acesso em 2017 nov. 17]. Disponível em <http://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/5628>
7. Prefeitura de Vitória da Conquista. Dados Estatísticos [internet]. [acesso em 2017 nov. 17]. Disponível em <http://www.pmvc.ba.gov.br/dados-estatisticos/>
8. IBGE. Bahia/Brasil/Vitória da Conquista. [internet]. [acesso em 2017 nov. 17]. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/vitoria-da-conquista/panoram>
9. Bohomo E, Freitas MAO, Cunha ICKO. Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. *Interface*, 2016; 20(58): 727-741.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
11. Soden BJ, Held IM, Colman R, Shell KM, Kiehl JT, Shields CA. Quantifying climate feedbacks using radiative kernels. *Journal of Climate*, 2008; 21(14): 3504-3520.
12. Costa R., Padilha MI, Nazareth AL, Costa E, Bock LFO legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2009; 18(4): 661-669.
13. Ministério da Saúde (BR). Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar: Caderno C - Métodos de Proteção Anti-Infecçiosa. Brasília: ANVISA, 2000.
14. Fernandes AR. Infecção Hospitalar: Princípios diagnóstico e Profilaxia. *Rev. Hospitalar*, 1984; 11(4):40-2.
15. Wachter RM. Compreendendo a Segurança do Paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010

16. Ignaz, PS, Frank PM. Childbed Fever. *Reviews of Infectious Diseases*, 1981; 3(4): 808-811.
17. Cohen IB. Florence Nightingale. *Scientific American*, 1984; 250(3): 128-137.
18. Nightingale F. Notes on Hospitals in Seymour LR. *The Selected Writings of Florence Nightingale*. New York: Macmillan; 1954.
19. Donabedian A. The end results of health care: Ernest Codman's contribution to quality assessment and beyond. *The Milbank Quarterly*, 1989; 233-256
20. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn*, 2015; ;68(1):144-54.
21. Pavão ALB, Barbosa, DAR, Mendes W, Martins MS, Travassos CMR. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Rev Bras Epidemiol*, 2014; ;14(4):651- 61.
22. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(4):279-84
23. Moser RH. *Diseases of Medical Progress: A Survey of Diseases and Syndromes Unintentionally Induced as the Result of Properly Indicated, Widely Accepted Therapeutic Procedures*, Charles C Thomas, Publisher, Springfield, Illinois, USA, 1959.
24. Mills DH. Medical insurance feasibility study. A technical summary. *West J Med*1978; 128: 360-5
25. Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev Bras Epidemiol*, 2005; 8(4): 393-406
26. Reason J. *Human Error*. New York: Cambridge University Press; 1990.
27. Troyen A, Brennan MPH, M D, J D, Lucian L, Leape MD, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. *The New England Journal Of Medicine*, 1991; 324(6): 370-376.
28. Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev Bras Epidemiol*, 2005; 8(4): 393-406
29. *To Err is Human: Building a Safer Health System. in America*; Editors: Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson. Washington (DC): Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health: National Academies Press (US); 2000.
30. Bates DW, Cullen DJ, Laird, N, Petersen LA, Small SD, Servi D, Vander VM. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. *Jama*, 1995; 274(1): 29-34.

31. Leape L, Lawthers AG, Brennan TA. Ferimento médico profissional. *Qual Rev Bul*, 1993; 19 (5): 144-149.
32. Hennig MA, Gomes MASM, Morsch DS. Physis: *Revista de Saúde Coletiva*, 2010; 20(2010): 835-852.
33. Ministério da Saúde (BR). Rede Sentinela. Brasília: Agência Nacional de Vigilância. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/historico.htm>
34. Ministério da Saúde (BR). Boletim Informativo: Segurança do paciente e qualidade em serviço de saúde. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2011; 1(1): 1-12.
35. Gallotti RMDG. Eventos Adversos: o que são? *Rev Assoc Med Bras*, 2004; 50(2): 109-26
36. Ministério da saúde (BR). Manual orienta profissionais de saúde sobre a higiene das mãos. Brasília. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/05/manual-orienta-profissionais-de-saude-sobre-a-higiene-das-maos>
37. De Vries EN, Eefje N, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality and safety in health care*, 2008; 17(3): 216-223.
38. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS – OMS). Manual de Implementação Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009. Brasília: Ministério da Saúde. [internet]. [acesso em 2017]. Disponível em <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/manual-de-implementacao-lista-de-verificacao-de-seguranca-cirurgica-da-oms>
39. Ministério da Saúde (BR). Resolução RDC número 42 de 25 de outubro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em http://saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=6102
40. Ministério da Saúde (BR). Resolução RDC número 63 de 25 de novembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em <http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/136-geral?download=800:resolucao-rdc-n-63-2011>
41. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1377, de 9 de julho de 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
42. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
43. Ministério da Saúde (BR). Segurança do paciente: capacitação e melhorias. [internet]. [acesso em 2017]. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/capacitacoes-e-melhorias>
44. Couto RC, Pedrosa TGM, Rosa MG. Erros Acontecem. Belo Horizonte: IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar; 2016. [internet]. [acesso em 2017]. Disponível em

<http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2016/10/Estudo-eventos-adversos-no-Brasil-2016.pdf>

45. Ministério da Saúde (BR). Lançamento do projeto Melhorando a segurança do paciente em larga escala no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/05/Melhorando-a-Seguranca-do-Paciente-em-Larga-Escala-no-Brasil.pdf>
46. Oliveira F. HGV é selecionado para fazer parte do Projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil. [internet]. [acesso em 2017]. Disponível em <http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2017-12-11/8417/hgv-e-selecionado-para-fazer-parte-do-projeto-melhorando-a-seguranca-do-paciente-em-larga-escala-no-brasil.html>.
47. UFMG/Faculdade de Medicina. Notícias externas: A cada 5 minutos, três brasileiros morrem nos hospitais por falhas evitáveis. [internet]. [acesso em 2017]. Disponível em <https://site.medicina.ufmg.br/inicial/a-cada-5-minutos-tres-brasileiros-morrem-nos-hospitais-por-falhas-que-poderiam-ser-evitadas/>
48. IBSP. Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente. Mais de dois brasileiros morrem nos hospitais a cada três minutos por falhas evitáveis. [internet]. [acesso em 2017]. Disponível em <https://www.segurancaadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/mais-de-dois-brasileiros-morrem-nos-hospitais-a-cada-tres-minutos-por-falhas-evitaveis/>
49. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad. Saúde Pública* 2016; 32(11): e00115614.
50. Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.
51. Gerhardt TE, Silveira, DT. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2009.
52. World Health Organization. The conceptual framework for the International classification for Patient Safety. *More Than Words*, 2009; 1: 2-154
53. Oliveira JR, Xavier RMF, Santos Júnior AF. Eventos adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA): Brasil, estudo descritivo no período 2006 a 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2013; 22(4): 671-678. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000400013&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000400013>.
54. Van Gelderen SC, Zegers M, Boeijen W, Westert G P, Robben PB, Wollersheim HC. Evaluation of the organisation and effectiveness of internal audits to govern patient safety in hospitals: A mixed-methods study. *BMJ Open*, 2017; 7(7): :e015506. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015506.
55. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde*

Coletiva, 2013; 18(7): 2029-2036. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>

56. Rockville, MD. Tools To Reduce Hospital-Acquired Conditions. Content last reviewed, 2016. Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/hac/tools.html>

57. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Silva AEBC e, Azevedo Filho FM. Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. *Acta paul. Enferm*, 2013; 26(3): 256-262. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000300009>.

APÊNDICE
QUESTIONÁRIO VALIDADO PARA O PORTUGUÊS DO *HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (HSOPSC)*.

Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais(HSOPSC)

Esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e relato de eventos em seu hospital. O preenchimento deste questionário levará cerca de 15 minutos.

Definições

1 -EVENTO - É definido como qualquer tipo de erro, engano , falha incidente, acidente ou desvio , independente se resultou ou não em dano ao paciente.

2- SEGURANÇA DO PACIENTE – É definida como evitar ou prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestada.

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

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

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

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

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. É apenas por acaso, que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Nesta unidade temos segurança do paciente.		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECÃO B: O seu supervisor/chefe

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

	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...					
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECÃO C: Comunicação

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

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

SECÃO D: Frequência de eventos relatados

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

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
Pense na sua área/unidade no hospital					
1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é <u>percebido e corrigido antes de afetar o paciente</u>, com que frequência ele é relatado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas <u>não há risco de dano ao paciente</u>, com que frequência ele é relatado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando ocorre erro, engano ou falha que <u>poderia causar danos ao paciente</u>, mas não causa, com que frequência ele é relatado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECÃO E: Nota da segurança do paciente

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

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
Excelent	Muito boa	Regular	Ruim	Muito Ruim

SECÃO F: O seu hospital

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

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

SECÃO G: Número de eventos relatados

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Nenhum relatório | <input type="checkbox"/> d. 6 a 10 relatórios |
| <input type="checkbox"/> b. 1 a 2 relatórios | <input type="checkbox"/> e. 11 a 20 relatórios |
| <input type="checkbox"/> c. 3 a 5 relatórios | <input type="checkbox"/> f. 21 relatórios ou mais |

SECÃO H: Informações gerais

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

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> d. 11 a 15 anos | |
| <input type="checkbox"/> e. 16 a 20 anos | <input type="checkbox"/> b. 1 a 5 anos | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> c. 6 a 10 anos | <input type="checkbox"/> f. 21 anos ou mais | |

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> d. 11 a 15 anos |
| <input type="checkbox"/> b. 1 a 5 anos | <input type="checkbox"/> e. 16 a 20 anos |
| <input type="checkbox"/> c. 6 a 10 anos | <input type="checkbox"/> f. 21 anos ou mais |

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 20 horas por semana | <input type="checkbox"/> d. 60 a 79 horas por semana |
| <input type="checkbox"/> b. 20 a 39 horas por semana | <input type="checkbox"/> e. 80 a 99 horas por semana |
| <input type="checkbox"/> c. 40 a 59 horas por semana | <input type="checkbox"/> f. 100 horas por semana ou mais |

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

- a. Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente
- b. Médico Residente/ Médico em Treinamento
- c. Enfermeiro
- d. Técnico de Enfermagem
- e. Auxiliar de Enfermagem
- f. Farmacêutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico
- g. Odontólogo

- h. Nutricionista
- i. Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo
- j. Psicólogo
- k. Assistente Social
- l. Técnico (por exemplo, ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)
- m. Administração/Direção
- n. Auxiliar Administrativo/Secretário
- o. Outro, especifique _____

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

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

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

7. **Qual o seu grau de instrução:**

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

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)

Obrigada por sua participação nesta pesquisa.