



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO (NPGA)  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO

**LUCAS GOUVEIA DE CARVALHO TEIXEIRA**

**Fatores Associados à Cultura de Segurança do  
Paciente no Hospital Geral Clériston Andrade na  
Cidade de Feira de Santana, Bahia**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Salvador  
Junho de 2019**

**LUCAS GOUVEIA DE CARVALHO TEIXEIRA**

**Fatores Associados à Cultura de Segurança do  
Paciente no Hospital Geral Clériston Andrade na  
Cidade de Feira de Santana, Bahia**

Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Mestrado Profissional em Administração, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes

Salvador  
Junho de 2019

Escola de Administração - UFBA

T266 Teixeira, Lucas Gouveia de Carvalho.

Fatores associados à cultura de segurança do paciente no Hospital Geral Clériston Andrade na cidade de Feira de Santana, Bahia / Lucas Gouveia de Carvalho. – 2019.

126 f.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2019.

1. Hospital Geral Clériston Andrade (Feira de Santana, BA) – Medidas de segurança - Estudo de casos. 2. Pacientes hospitalizados – Medidas de segurança – Estudo e ensino. I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 610.289

**Lucas Gouveia de Carvalho Teixeira**

**Fatores Associados à Cultura de Segurança do Paciente no Hospital  
Geral Clériston Andrade na Cidade de Feira de Santana, Bahia**

Aprovada em: 27 de junho de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes  
Profa, Titular da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia- UFBA

---

Professora Dra Almerinda Luedy Reis  
Profa da Universidade UNIJORGE

---

Professor Dr. Rodrigo Ladeira  
Professor Associado da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia-  
UFBA

## **Agradecimentos**

Muito grato. . .

Primeiramente a Deus, autor da vida e criador do livre arbítrio.

À minha futura esposa Karina Gouveia, pelo amor, paciência e apoio independente das circunstâncias.

Aos meus pais, irmão, e a toda minha família que me inspiram a progredir.

À Vera Mendes, mais do que uma orientadora. . . uma parceira na construção de minha vida profissional.

Aos meus amigos e colegas do HGCA, pela participação ativa na elaboração da pesquisa.

Às Diretorias da Faculdade Adventista, que tiveram a visão de se vincularem a UFBA nesse projeto de mestrado.

Ao Dr. Pitangueira, meu chefe e maior professor na arte da negociação. Cada dia, um aprendizado novo.

À Larissa Aragão, que dedicou inúmeras horas de estudo, discussão e conhecimento na construção conjunta dessa pesquisa.

Aos meus professores, por tanta dedicação e paciência.

Este estudo possui um pedaço de conhecimento e participação de cada um dos que foram citados, somado àqueles que tanto auxiliaram e ingratamente eu não os citei.

*A maior necessidade do mundo é a de homens - homens que se não comprem nem se vendam; homens que no íntimo da alma sejam verdadeiros e honestos; homens que não temam chamar o erro pelo seu nome exato; homens, cuja consciência seja tão fiel ao dever como a bússola o é ao pólo; homens que permaneçam firmes pelo que é reto, ainda que caiam os céus.*

*Ellen G. White*

TEIXEIRA, Lucas Gouveia de Carvalho. **Cultura de Segurança do Paciente: Estudo no Hospital Geral Clériston Andrade- Feira de Santana Bahia**, 2019. 114f. (Dissertação de Mestrado em Administração) - Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

## Resumo

O objetivo deste trabalho é mensurar a cultura de segurança do paciente do Hospital Geral Clériston Andrade, conforme a percepção dos trabalhadores. Foi realizado um estudo de caso com abordagem qualitativa e quantitativa, de natureza exploratória. A primeira parte consistiu na revisão de literatura em bancos de dados nacionais e internacionais. A segunda, compreende a realização de uma pesquisa exploratória survey, voltada para a aplicação do questionário sobre a Cultura de Segurança do Paciente (Hospital Survey on Patient Safety Culture, HSOPSC) da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). O Hospital *locus* da pesquisa é situado na cidade de Feira de Santana/Bahia e é referência para Macrorregião Centro Leste do Estado. Foi aplicado questionário como instrumento de coleta de dados com os funcionários vinculados à unidade, independente do vínculo empregatício ou modo de contato com o paciente(direto ou não). Foram encaminhados 1528 questionários e 763 respondentes devolveram os questionários preenchidos. A taxa de retorno final da pesquisa foi de 49,93%. Na análise dos dados, utilizou-se a planilha *Hospital Survey on Patient Safety Culture - Data Entry and Analysis Tool* - versão fevereiro de 2018, customizada pela AHRQ para produzir os resultados do questionário. Esse é o *software* indicado para envio padronizado dos dados da pesquisa para a base mundial da agência e processamento estatístico dos mesmos. Os resultados obtidos revelaram que das 12 dimensões avaliadas, apenas a que avaliou a supervisão imediata quanto à promoção de segurança do paciente é considerada área forte no hospital, pontuando 79% de respostas positivas. As outras 11 dimensões são áreas frágeis ou neutras (equivalendo a 91,67% do total de dimensões). O pior desempenho nos achados, ocorreu na dimensão de “resposta não punitiva ao erro” com apenas 22% de respostas positivas. Com relação ao grau de segurança do paciente, especificamente em sua área de trabalho, 43% apontam que a nota geral é regular. No que concerne ao preenchimento de relatórios de eventos adversos, 78% dos respondentes não preencheram nenhum, nos últimos 12 meses. Isto posto, conclui-se que: a) a cultura de segurança do paciente no Hospital possui todos os resultados, com valores inferiores aos encontrados nas 12 dimensões de segurança publicados nos relatórios da AHRQ em 2018; b) que a cultura de preenchimento de relatórios de eventos adversos é imatura; c) que os servidores possuem uma perspectiva sobre segurança do paciente similar, independente do nível de interação com o paciente. Assim, objetivando a melhoria da segurança do paciente e a redução dos eventos adversos, recomenda-se: o fortalecimento de uma cultura não

punitiva na organização; incentivo ao preenchimento das fichas de não conformidade e a instituição de fluxos eficientes de comunicação de eventos adversos.

Palavras-chave: Cultura de segurança do paciente. Hospital. HSOPSC.



TEIXEIRA, Lucas Gouveia de Carvalho. **Patient Safety Culture: Study at the General Hospital Clériston Andrade- Feira de Santana Bahia**, 2019. 114f. (Master's Dissertation in Administration) - School of Administration, Federal University of Bahia, Salvador, 2019.

### Abstract

The objective of this paper is to measure the patient safety culture of Clériston Andrade General Hospital, according to the workers' perception. A case study with a qualitative and quantitative exploratory approach was conducted. The first part consisted of literature review in national and international databases. The second comprises an exploratory survey, aimed at applying the Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) questionnaire from the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). The Hospital *locus* of research is located in the city of Feira de Santana / Bahia and is a reference for Macroregião Centro Leste do Estado. A questionnaire was applied as a data collection instrument with employees linked to the unit, regardless of employment or contact with the patient (direct or not). 1528 questionnaires were sent and 763 respondents returned the completed questionnaires. The final return rate of the survey was 49.93%. For data analysis, the Hospital Survey on Patient Safety Culture - Data Entry and Analysis Tool - February 2018 version, customized by AHRQ, was used to produce the questionnaire results. This is the software for standardized submission of survey data to the agency's worldwide database and statistical processing. The results showed that of the 12 dimensions evaluated, only the one that evaluated immediate supervision regarding the promotion of patient safety is considered a strong area in the hospital, scoring 79% of positive responses. The other 11 dimensions are fragile or neutral areas (equivalent to 91.67% of total dimensions). The worst performance in the findings occurred in the dimension of "non-punitive error response" with only 22% of positive responses. Regarding the degree of patient safety, specifically in their work area, 43% point out that the overall grade is fair. With regard to filing adverse event reports, 78% of respondents have not filled out any in the last 12 months. Thus, it can be concluded that: a) the patient safety culture in the hospital has all the results, with values lower than those found in the 12 safety dimensions published in the AHRQ reports in 2018; b) that the adverse event reporting culture is immature; c) that servers have a similar patient safety perspective, regardless of the level of patient interaction. Thus, aiming at improving patient safety and reducing adverse events, it is recommended: the strengthening of a non-punitive culture in the organization; encouraging the completion of non-compliance sheets and the establishment of efficient adverse event reporting flows.

Keywords: Culture of patient safety. Hospital. HSOPSC.

## Lista de ilustrações

Figura 1 – Hospital Geral Clériston Andrade . . . . .	27
Figura 2 – Plano de Segurança do Paciente . . . . .	31
Figura 3 – Portaria de implantação do NSP . . . . .	120
Figura 4 – Diário oficial do estado da Bahia . . . . .	121
Figura 5 – Mapa estatístico (1 de 4) . . . . .	122
Figura 6 – Mapa estatístico (2 de 4) . . . . .	123
Figura 7 – Mapa estatístico (3 de 4) . . . . .	124
Figura 8 – Mapa estatístico (4 de 4) . . . . .	125

## Lista de gráficos

Gráfico 1 – Itens com palavras positivas . . . . .	35
Gráfico 2 – Item com palavras negativas . . . . .	36
Gráfico 3 – Média % positiva . . . . .	37
Gráfico 4 – Composição de cultura de segurança do paciente . . . . .	48
Gráfico 5 – Trabalho em equipe dentro das unidades . . . . .	49
Gráfico 6 – Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviços que favorecem a segurança . . . . .	51
Gráfico 7 – Aprendizagem organizacional — melhoria contínua . . . . .	51
Gráfico 8 – Suporte de gerenciamento para segurança do paciente . . . . .	52
Gráfico 9 – Percepções gerais da segurança do paciente . . . . .	53
Gráfico 10 – Feedback e comunicação sobre o erro . . . . .	54
Gráfico 11 – Abertura de comunicação . . . . .	55
Gráfico 12 – Frequência de eventos relatados . . . . .	56
Gráfico 13 – Trabalho em equipe entre unidades . . . . .	57
Gráfico 14 – Pessoal . . . . .	58
Gráfico 15 – Transferências e transições . . . . .	59
Gráfico 16 – Resposta não punitiva ao erro . . . . .	60
Gráfico 17 – Grau de segurança do paciente . . . . .	61
Gráfico 18 – Número de eventos relatados . . . . .	62
Gráfico 19 – Resultados de composição de nível . . . . .	64
Gráfico 20 – Trabalho em equipe dentro das unidades . . . . .	65
Gráfico 21 – Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviços que favorecem a segurança . . . . .	66
Gráfico 22 – Aprendizagem organizacional — melhoria contínua . . . . .	67
Gráfico 23 – Suporte de gerenciamento para segurança do paciente . . . . .	68
Gráfico 24 – Percepções gerais da segurança do paciente . . . . .	69
Gráfico 25 – Feedback e comunicação sobre o erro . . . . .	70
Gráfico 26 – Abertura de comunicação . . . . .	71
Gráfico 27 – Frequência de eventos relatados . . . . .	72
Gráfico 28 – Trabalho em equipe entre unidades . . . . .	73
Gráfico 29 – Pessoal . . . . .	74
Gráfico 30 – Transferências e transições . . . . .	75
Gráfico 31 – Resposta não punitiva ao erro . . . . .	76
Gráfico 32 – Grau de segurança do paciente . . . . .	77
Gráfico 33 – Número de eventos relatados . . . . .	78

## Lista de tabelas

Tabela 1 – Área de trabalho/unidade . . . . .	42
Tabela 2 – Categoria profissional do funcionário . . . . .	43
Tabela 3 – Interação com o paciente . . . . .	44
Tabela 4 – Tempo trabalhado no hospital . . . . .	45
Tabela 5 – Tempo trabalhado em sua área atual no hospital/unidade - em anos	46
Tabela 6 – Horas trabalhadas por semana - Horas . . . . .	46
Tabela 7 – Resposta positiva média comparativa% do composto por interação de respondentes com pacientes . . . . .	80
Tabela 8 – Percentual de respondentes que dão à área de trabalho / Unidade um grau de segurança do paciente pela posição do pessoal respondente	81
Tabela 9 – Porcentagem comparativa de respondentes relatando eventos nos últimos 12 meses pela posição do pessoal respondente . . . . .	82
Tabela 10 – Porcentagem média comparativa% de respostas positivas por nível de respondente na unidade (Página 1 de 2) . . . . .	83
Tabela 11 – Porcentagem média comparativa% de respostas positivas por nível de respondente na unidade (Página 2 de 2) . . . . .	83
Tabela 12 – Questionário do Hospital Survey on Patient Safety Culture . . . . .	107
Tabela 13 – Questionário do Hospital Survey on Patient Safety Culture . . . . .	108
Tabela 14 – Questionário do Hospital Survey on Patient Safety Culture . . . . .	109
Tabela 15 – Questionário do Hospital Survey on Patient Safety Culture . . . . .	111
Tabela 16 – Questionário do Hospital Survey on Patient Safety Culture . . . . .	112
Tabela 17 – Questionário do Hospital Survey on Patient Safety Culture . . . . .	113
Tabela 18 – Questionário do Hospital Survey on Patient Safety Culture . . . . .	114
Tabela 19 – Questionário do Hospital Survey on Patient Safety Culture . . . . .	115

## Lista de abreviaturas e siglas

35 BI	35 Batalhão de Infantaria
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASCOM	Assessoria de Comunicação
BI	Business Intelligence
CCIH	Comissões de Controle de Infecção Hospitalar
Etc	E outras coisas
EUA	United States of America
Ex	Exemplo
FESF	Fundação Estatal Saúde da Família
HGCA	Hospital Geral Cleriston Andrade
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSAG	International Nuclear Safety Group
m <sup>2</sup>	Metros quadrados
MQ	Melhoria em Qualidade
N	Número
NA	Não Aplicável
NHS	National Health Service
NPGA	Núcleo de Pós-Graduação em Administração
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OBS	Observação
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organização Social
PJ	Pessoa Jurídica

PRPs	Porcentagens de Respostas Positivas
PSP	Plano de Segurança do Paciente
RDC	Resolução Diretoria Colegiada
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
S/N	Sem número
Web	Rede de alcance mundial

## Sumário

<b>1</b>	<b>Revisão da Literatura</b>	<b>20</b>
<b>1.1</b>	<b>Cultura de Segurança do Paciente</b>	<b>20</b>
<b>1.2</b>	<b>Hospital Survey on Patient Safety Culture</b>	<b>23</b>
1.2.1	Aplicação do HSOPSC mundialmente	24
<b>2</b>	<b>Materiais e métodos</b>	<b>26</b>
<b>2.1</b>	<b>Desenho do estudo</b>	<b>26</b>
2.1.1	<i>Locus</i> do estudo	26
2.1.2	População	28
2.1.3	Período do estudo e aplicação do instrumento	29
<b>2.2</b>	<b>Plano de Segurança do Paciente</b>	<b>29</b>
<b>2.3</b>	<b>Análise de dados</b>	<b>31</b>
2.3.1	Análise descritiva do instrumento e avaliação da cultura de segurança	31
2.3.2	Compostos de cultura de segurança do paciente	32
2.3.3	Definições de positivo, neutro e negativo	33
2.3.3.1	Definição de resultados compostos	33
2.3.3.2	Definição de resultados comparativos	33
2.3.4	Interpretando o artigo e resultados de nível composto	34
2.3.4.1	Escalas de resposta da pesquisa	34
2.3.4.2	Itens com palavras positivas	34
2.3.4.3	Itens com palavras negativas	35
2.3.4.4	Pontos compostos	36
2.3.5	Pesquisa hospitalar sobre cultura de segurança do paciente: itens e dimensões	37
<b>2.4</b>	<b>Aspectos éticos</b>	<b>41</b>
<b>3</b>	<b>Resultados e discussão</b>	<b>42</b>
<b>3.1</b>	<b>Resultados</b>	<b>42</b>
3.1.1	Resultados encontrados no Hospital Geral Clériston Andrade	42
3.1.1.1	Taxa de retorno final	42
3.1.1.2	Dados demográficos dos respondentes	42
3.1.1.3	Resultados de nível composto	47
3.1.1.4	Resultados no nível do item	49
3.1.1.4.1	<i>Trabalho em equipe dentro das unidades</i>	49
3.1.1.4.2	<i>Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviços que favorecem a segurança</i>	50
3.1.1.4.3	<i>Aprendizagem organizacional — melhoria contínua</i>	51

3.1.1.4.4	<i>Suporte de gerenciamento para segurança do paciente</i> . . . . .	51
3.1.1.4.5	<i>Percepções gerais da segurança do paciente</i> . . . . .	52
3.1.1.5	<i>Feedback e comunicação sobre o erro</i> . . . . .	53
3.1.1.5.1	<i>Abertura de comunicação</i> . . . . .	54
3.1.1.5.2	<i>Frequência de eventos relatados</i> . . . . .	55
3.1.1.5.3	<i>Trabalho em equipe entre unidades</i> . . . . .	56
3.1.1.5.4	<i>Pessoal</i> . . . . .	57
3.1.1.5.5	<i>Transferências e transições</i> . . . . .	58
3.1.1.5.6	<i>Resposta não punitiva ao erro</i> . . . . .	59
3.1.1.6	Grau de segurança do paciente . . . . .	60
3.1.1.7	Número de eventos relatados . . . . .	62
3.1.2	Resultados comparativos . . . . .	62
3.1.2.1	Resultados comparativos no nível composto . . . . .	62
3.1.2.2	Resultados comparativos no nível de item . . . . .	65
3.1.2.3	Avaliação dos resultados comparativos do grau de segurança do paciente . . . . .	76
3.1.2.4	Número de eventos relatados - resultados comparativos . . . . .	77
3.1.3	Resultados comparativos por interação com o paciente . . . . .	78
3.1.3.1	Resultados comparativos no nível composto (por interação com pacientes) . . . . .	78
3.1.3.2	Grau de segurança do paciente e número de eventos relatados (por interação com pacientes) . . . . .	80
3.1.4	Resultados comparativos por duração da ocupação na unidade . . . . .	82
3.1.4.1	Resultados comparativos no nível composto (por duração da ocupação na unidade) . . . . .	82
<b>3.2</b>	<b>Discussão</b> . . . . .	<b>84</b>
3.2.1	Dimensões . . . . .	84
3.2.2	Itens . . . . .	88
	<b>Referências</b> . . . . .	<b>93</b>
	<b>APÊNDICES</b> . . . . .	<b>98</b>
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> . . . . .	<b>99</b>
	<b>ANEXOS</b> . . . . .	<b>101</b>
	<b>ANEXO A – Aprovação</b> . . . . .	<b>102</b>



<b>ANEXO B – Questionário . . . . .</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO C – Portaria de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente . . . . .</b>	<b>120</b>
<b>ANEXO D – Dados do Hospital . . . . .</b>	<b>122</b>

## INTRODUÇÃO

Após a publicação em 1999 da obra intitulada *To Err is Human: Building a Safer Health System*, do Instituto de Medicina dos Estados Unidos, as organizações de saúde tiveram acesso às informações que apontavam para a necessidade de investimentos no cuidado seguro (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Vinte anos se passaram, e o cenário mundial dos cuidados de saúde está mudando. Os sistemas de saúde operam em ambientes cada vez mais complexos. Atualmente, a segurança do paciente vem sendo reconhecida como um grande desafio para a saúde pública. As medidas de segurança, mesmo aquelas implementadas em ambientes de alta renda, tiveram impacto limitado ou variável, e a maioria não foi adaptada para uma aplicação bem-sucedida em países de baixa e média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou na sua septuagésima segunda Assembleia Mundial de Saúde (ocorrida em janeiro de 2019) alguns dados que esclarecem os impactos da falta de segurança nos cuidados assistenciais. São exemplos: Em todo mundo, o custo associado a erros de medicação tem sido estimado em 42 bilhões de dólares por ano; Procedimentos cirúrgicos realizados com cuidados inseguros causam complicações em até 25% dos pacientes; Quase 7 milhões de pacientes cirúrgicos sofrem anualmente complicações significativas; A maioria das pessoas sofrerá um erro de diagnóstico em sua vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

A busca por melhorias na prestação do cuidado, foi pesquisada neste estudo inglês, que teve como objeto o National Health Service (NHS). Os pesquisadores solicitaram aos delegados do workshop (que estava sendo desenvolvido com funcionários do sistema) que completassem campos de texto livre em um questionário. O objetivo era identificar os principais desafios que eles sentiam para impedi-los de conseguir realizar um cuidado seguro, eficaz e de alta qualidade. Esse artigo apresentou 760 desafios que 330 profissionais do NHS descreveram como fatores que impedem a prestação de um cuidado eficaz, seguro e de alta qualidade. De todos os cinco temas estudados, a cultura organizacional foi apontada como sendo o maior desafio 26.4% ((HIGNETT et al., 2018). Vale salientar, que a cultura de segurança é um aspecto específico da cultura organizacional geral.

O termo cultura de segurança foi utilizado inicialmente pela *International Atomic Energy Agency* (IAEA), quando publicou o *Safety Culture: a Report by International Nuclear Safety Advisory Group* (INSAG 3), definindo-o primariamente como: dedicação pessoal e responsabilização de todos os indivíduos envolvidos em qualquer atividade que tenha a segurança das centrais nucleares (INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY, 1991). No âmbito da saúde, a cultura de segurança do paciente foi definida

pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento de grupos e de indivíduos (SORRA et al., 2018).

Vale ressaltar, que a segurança é uma dimensão da qualidade do cuidado em saúde. No cenário nacional, a (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2019) (ANVISA) publicou um relatório com registros de danos associados à falta de qualidade do cuidado e assistência em saúde, no período de março 2014 até maio de 2019. Por mês, o número de incidentes (ex: Falhas durante a assistência à saúde; Queda do paciente; Úlcera por pressão, etc) notificados foi de 1 (no primeiro mês de coleta em 2014), alcançando a marca de 9 755 registros em maio de 2019. Vale salientar, que este número corresponde aos danos registrados pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) junto à ANVISA. Na Bahia, o número de eventos relatados por mês alcançou em maio de 2019, o quantitativo de 434 registros. O evento adverso é o incidente que resulta em dano à saúde. Com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) número 36 de 2013, a notificação dos eventos adversos deve acontecer mensalmente através NSP para a ANVISA (BRASIL, 2013b).

No Brasil, o tema sobre cultura de segurança do paciente é recente. A produção de estudos nacionais ainda é escassa. Parte relevante do referencial teórico desta dissertação é formada por estudos internacionais, com publicação concretizada nos últimos sete anos.

O presente estudo norteia-se no seguinte questionamento: Qual a avaliação dos fatores associados à cultura de segurança do paciente na percepção dos trabalhadores do Hospital Geral Clériston Andrade? Essa dissertação objetiva analisar a percepção dos trabalhadores do Hospital Geral Clériston Andrade sobre os fatores associados à cultura de segurança do paciente.

Objetivos específicos:

A) Identificar a percepção dos trabalhadores do HGCA sobre a cultura de segurança do paciente.

B) Verificar a existência de áreas fortes e frágeis na segurança do paciente no HGCA.

Segundo Puche e Cuenca (2017) a criação de uma cultura de segurança é considerada o passo decisivo para alcançar a melhoria da segurança do paciente e é a primeira prática recomendada pela maioria das organizações. A equipe de gerenciamento da instituição deve estar envolvida e repassar a todos os profissionais a importância de melhorar a segurança no hospital, além de demonstrar seu apoio a um ambiente não punitivo. No HGCA, a construção de uma cultura de segurança está sendo discutida, porém, o hospital não possui um diagnóstico a respeito de qual nível

de maturidade se encontra a cultura de segurança.

Evoluir nas tomadas de decisões sem a compreensão do nível de cultura de segurança da unidade, é aumentar os riscos de erro e conseqüente perda de recursos. Os recursos estão escassos para a atividade (fim) do hospital, e considerando o inatingível valor da vida, o presente estudo é justificável pela contribuição na construção do conhecimento e sistematização, para a tomada de decisões administrativas no hospital.

As informações advindas deste estudo, também poderão contribuir na implementação de mudanças assistenciais e gerenciais desta unidade. Auxiliando os gestores públicos, frente à cobrança por parte dos agentes reguladores (federais e estaduais) dentre outros grupos (como a imprensa e a sociedade civil organizada), para que haja uma cultura organizacional de segurança, que minimize as possibilidades dos pacientes serem vítimas de erro no cuidado de saúde.

Parte-se do pressuposto que a cultura de segurança do paciente no HGCA pode estar em um nível imaturo, repercutindo negativamente nas tentativas de implementação de ações voltadas ao aumento da segurança do paciente. Desta forma, para que as tomadas de decisões e ações de cunho administrativo possam ser bem implementadas no HGCA, é necessário avaliar a cultura de segurança do paciente na unidade.

A importância sobre a implantação de uma cultura favorável à segurança do paciente foi estudada pelo Departamento de Ciências Médicas e da Saúde da Universidade de Linköping na Suécia, que realizou um inquérito com profissionais de saúde daquele país. Uma pesquisa sobre os fatores que, na opinião deles, foram os mais importantes para alcançar o nível atual de segurança do paciente e para tornar o cuidado mais seguro no futuro. Vale salientar, que o governo sueco investiu de 2011 a 2014 mais de 2 bilhões em coroas suecas para financiar atividades específicas para melhorar a segurança do paciente. Após a análise de 222 questionários, encontraram em seus resultados que os fatores considerados mais importantes para promover um cuidado mais seguro foram (para serem executados no futuro) melhorar a comunicação entre profissionais da saúde e pacientes, a cultura organizacional e os conhecimentos em segurança do paciente como componentes exigidos para educação básica dos profissionais da saúde. Concluindo assim que há uma relação entre se alcançar um cuidado mais seguro, com uma cultura organizacional favorável à segurança do paciente (RIDELBERG; ROBACK; NILSEN, 2017). Essa conclusão fortalece o objetivo de analisar a cultura de segurança do paciente no HGCA.

Na Espanha, pesquisadores produziram um estudo cujo objetivo era refletir sobre o que tem sido feito a níveis nacional e internacional na área da segurança do paciente. Os tópicos de pesquisa se basearam em modelos de gerenciamento de riscos, conseguindo reduzir a ocorrência de erros humanos que poderiam causar danos

aos pacientes. O artigo refletiu sobre as razões que inspiraram a Aliança Global pela Segurança do Paciente, apresentando então um panorama dos avanços realizados na Espanha e concluindo com cinco propostas: (1) universalizar as práticas seguras em todo o sistema de saúde nacional; (2) conhecer profundamente a realidade de cada centro, como elemento essencial para a mudança e para a melhoria; (3) promover mudanças na cultura de segurança do paciente, que possam ser amplamente melhoradas do ponto de vista administrativo, profissional e da população; (4) promover o cuidado centrado no paciente e o empoderamento, incluindo os pacientes como parte da equipe de saúde; e (5) renovar o compromisso institucional com a segurança do paciente como uma necessidade constante e atemporal. O estudo cita, que na década passada houveram ganhos para essa temática, inclusive com reconhecimento internacional para a Espanha, mas que os desafios devem ser reforçados e cita melhorar a Cultura de Segurança como uma ação prioritária. Conhecer bem a realidade é essencial para poder mudá-la, e assim poder melhorá-la. Os benefícios de saúde, sociais e econômicos demonstram a relevância do investimento nessas propostas de modo a promover uma prática clínica mais segura e sustentável (ANDRÉS; MENDOZA, 2017). O conhecimento da realidade local promove sustentação para discussões sobre mudanças internas que levem ao amadurecimento da cultura na instituição.

Uma forte cultura de segurança está relacionada a uma menor ocorrência de eventos adversos, menores taxas de mortalidade e custos. As ações de melhoria da qualidade confirmam ser mais eficazes e sustentáveis quando conjugadas a uma forte cultura de segurança (THORNTON et al., 2017).

A introdução deste trabalho contextualiza o tema da cultura de segurança do paciente, define o problema e apresenta os objetivos, justificativas e a organização do estudo.

O primeiro capítulo é a revisão da literatura, que apresenta um levantamento atualizado do estado da arte. Optou-se por incluir na maior parte da dissertação, artigos científicos de bases de dados indexadas publicadas nos anos de 2013 a 2019.

O segundo capítulo demonstra a metodologia utilizada na pesquisa, descrevendo-se, de forma precisa, como o estudo foi executado.

O terceiro capítulo exibe os resultados encontrados na pesquisa. Estão contidas tabelas, gráficos e a discussão detalhada sobre os achados. Neste capítulo são expostos também os comparativos entre os resultados do HGCA e a base de dados da AHRQ no ano de 2018.

No final, a conclusão aponta o desfecho sobre a temática da cultura de segurança do paciente no HGCA. Contendo também as limitações do estudo e sugestões para futuras pesquisas.

# 1 Revisão da Literatura

## 1.1 Cultura de Segurança do Paciente

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirmou que, os benefícios do aumento do acesso aos cuidados seguros de saúde foram minados por estruturas de serviços, culturas e/ou comportamentos que prejudicam inadvertidamente os pacientes e podem levar a consequências fatais. Muitas práticas médicas e riscos associados à assistência à saúde contribuem significativamente para o ônus dos danos causados por cuidados inseguros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). O evento adverso é o incidente que resulta em dano a saúde. Com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) número 36 de 2013, a notificação dos eventos adversos deve acontecer mensalmente através NSP para a ANVISA. (BRASIL, 2013b).

A portaria N529 do Ministério da Saúde, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em 01 de abril de 2013, define evento adverso da mesma forma que a RDC n36. O PNSP, foi criado considerando diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), também a resolução que tornou a segurança do paciente prioridade em serviços de saúde na agenda política dos Estados-membros da OMS, durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde. O programa tem como objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. (BRASIL, 2013a)

Em seu estudo, Mendes et al. (2016) afirmam que o número e a diversidade de estratégias de garantia da qualidade e segurança do paciente necessitam de estudos regionalizados que aprimorem os conhecimentos sobre aquelas mais efetivos e eficientes (sendo o Brasil um país com dimensões continentais). A pesquisa que foi aplicada no HGCA pode preencher uma parte dessa lacuna.

Na pesquisa realizada pela doutora Schilling (2017), seis dimensões da comunicação na cultura de segurança surgiram a partir das evidências encontradas no seu trabalho. Duas dessas, possuem reflexões importantes para serem incluídas aqui: “A relação entre cultura de segurança e comunicação” e a “A construção da cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais”. Na primeira, foi constatado que os profissionais percebem uma estreita relação entre o processo de comunicação e a segurança do paciente. Após a análise dessa dimensão, a autora inferiu que há um comprometimento por parte das equipes com o cuidado e o bem-estar do paciente, aspectos esses intrínsecos aos princípios das profissões da saúde. Na segunda, os resultados sinalizaram uma tendência dos profissionais em olhar para seu papel específico na organização e o de seus pares. De modo geral, os profissionais conhecem alguns dos princípios de segurança, valorizam sua importância e se mostraram dispostos a

rever/aprimorar suas práticas em prol da segurança do paciente (SCHILLING, 2017). O somatório dos achados nessas duas dimensões impulsionam uma tomada de decisão gerencial que permita otimizar a comunicação na unidade hospitalar objetivando alcançar maior nível de maturidade na cultura de segurança. Em uma unidade onde não exista um plano de comunicação interna formalizada (caso da corporação estudada), é necessário discutir e elaborar o mesmo.

No trabalho de Schilling (2017), considerando os resultados da sua pesquisa, pode-se afirmar que os hospitais ao implantarem a cultura de segurança do paciente desconhecem e/ou negligenciam a relevância da comunicação assumindo-a meramente em seu caráter instrumental/informacional. O caminho para construção da cultura de segurança passa primariamente pela necessidade de se conhecer a cultura da organização e avaliar o processo comunicacional em toda a sua abrangência. Baseado neste achado é possível traçar estratégias de comunicação aplicáveis na organização, considerando suas peculiaridades, pois, cada hospital tem uma cultura própria.

A busca pela melhoria na qualidade (MQ) também é um aspecto cultural. Pode-se conceituar a qualidade como sendo o processo de atender sempre as necessidades dos clientes a um preço que eles estejam dispostos a pagar, mas a necessidade de a busca pela melhoria da qualidade tende a interpretar que a qualidade é produzir dentro das expectativas do cliente de forma confiável, acessível e segura (MAICZUK; ANDRADE JÚNIOR, 2013). Em um trabalho realizado em 42 Serviços de Saúde Locais na Carolina do Norte (de 2010 a 2015), um programa longitudinal de treinamento em MQ foi aplicado por seis meses. Neste estudo foram aplicados antes e depois da participação no treinamento em MQ, um inquérito de 8 itens para avaliar componentes da cultura de MQ em uma escala de cinco pontos. Os resultados apontaram que houve um crescimento de 7,8% para 12% na cultura de apoio para todos os 8 componentes estudados (ex: comunicação, resolução de problemas, entre outros) após a intervenção. Uma conclusão apontada foi que os Serviços de Saúde Locais que participam em programas de treinamento como o aplicado no estudo podem apresentar melhorias semelhantes na cultura, aumentando também a participação subsequente em projetos de MQ e melhorando os resultados do cuidado de saúde (SCHAAF; CORNETT; RANDOLPH, 2018).

Foi realizado um estudo transversal em três hospitais públicos brasileiros, com profissionais de saúde aplicando-se o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Foram considerados positivos escores maiores ou iguais a 75. Participaram do estudo 573 profissionais. A média do SAQ variou entre 65 a 69 nos três hospitais. Os profissionais terceirizados apresentaram melhor percepção da cultura de segurança do que os profissionais estatutários. O nível de cultura de segurança encontrado é abaixo do ideal. As ações gerenciais são consideradas o principal contribuinte para a fragilidade

da cultura, entretanto, os profissionais demonstraram-se satisfeitos com o trabalho (CARVALHO et al., 2016).

Outro estudo, realizado no Brasil, teve como objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente e os fatores associados em hospitais com diferentes categorias de gestão: federal, estadual e privado. Foram utilizados questionários do Hospital Survey on Patient Safety Culture, adaptado para o Brasil. As crenças, atitudes e percepções dos profissionais de saúde em relação à segurança do paciente ainda foram incipientes nos hospitais avaliados, embora a maioria dos profissionais classifique a segurança como boa. As fortalezas nas dimensões da cultura de segurança foram escassas e concentradas em um hospital privado (ANDRADE et al., 2016).

O fator liderança no gerenciamento do serviço público de saúde é uma discussão recorrente no território nacional. Uma parte dos profissionais atribui as falhas do sistema aos gestores das unidades. Essa discussão ocorre também fora do Brasil e, em muitos países, os sistemas de saúde estão responsabilizando cada vez mais os comitês de administração das organizações de saúde pela qualidade do cuidado que prestam. Na Inglaterra foi realizado um trabalho de campo durante 30 meses em 15 organizações de saúde, como parte de uma avaliação mais ampla, sobre uma intervenção para o desenvolvimento organizacional, em âmbito dos conselhos de administração. Os dados que a pesquisa captou incluíram entrevistas com membros dos conselhos de administração (n=65), observações de reuniões dos conselhos (60 horas) e documentos. Dentre os resultados encontrados, alguns chamam a atenção para estimular o diagnóstico proposto em neste estudo: que os conselhos com maiores níveis de maturidade em relação à governança da MQ, envolvem os profissionais e pacientes na MQ e incentivam uma cultura de melhoria contínua (JONES et al., 2017). O apoio da cúpula diretiva à aplicação dos questionários, pode se basear também nesses dois pontos.

Na Holanda, um estudo objetivou avaliar a organização das auditorias internas e sua efetividade para auxiliar os conselhos de administração de hospitais no gerenciamento da segurança do paciente. Na sua metodologia aplicou métodos mistos contendo questionário sobre a organização de auditorias internas em todos os hospitais holandeses (n=89) e entrevistas com os atores envolvidos. Ambos sobre o processo de auditoria e a sua eficácia, em seis hospitais. Concluíram que as auditorias internas são consideradas efetivas para a administração da segurança do paciente, pois, ajudam os conselhos de administração a identificar problemas de segurança do mesmo. Esse foi o primeiro estudo em que a organização e a eficácia percebida das auditorias internas para governar a segurança do paciente em hospitais foram avaliadas (GELDEREN et al., 2017).

A busca por compreender melhor a cultura justa não é uma exclusividade da



área da saúde. A cultura justa é um conceito que procura diferenciar os trabalhadores cuidadosos e competentes que cometem erros, dos que têm um comportamento de risco consciente e injustificadamente arriscado (WATCHER, 2010). No cenário nacional, o Centro de Simulação Realística do Hospital Israelita Albert Einstein é no mesmo prédio onde ocorrem treinamentos do setor de aviação. Lá são realizados treinamentos e cursos na área de segurança do paciente, fomentando o estudo para muitas unidades hospitalares do Brasil, inclusive para HGCA. O setor saúde assemelha os resultados encontrados da área de aviação.

A discussão do parágrafo anterior pode ser exemplificada por uma pesquisa que foi realizada em uma organização de aviação militar que opera na Europa. Eles procuraram investigar a linha que separa o caráter preventivo e punitivo das medidas no âmbito de uma cultura justa. Com base nas conclusões deste estudo, os pesquisadores afirmam que o estabelecimento de uma estrutura de cultura justa, com linhas pactuadas entre o caráter punitivo e preventivo das medidas e seu endosso pelos funcionários, é viável. Isso requer, mais do que comprometimento do gerenciamento, comunicação eficaz e documentação de políticas, como sugere a literatura. Abordaram a questão de cultura organizacional, uma vez que a cultura desempenha um papel crucial no gerenciamento da segurança. Ela é um pré-requisito principal para envolver os funcionários nas respectivas iniciativas, alcançar a máxima harmonização possível entre a força de trabalho durante o estabelecimento inicial e/ou futuras revisões de uma política cultural justa é de fundamental importância (KARANIKAS; CHIONIS, 2017).

A criação de indicadores é uma ação que envolve um estudo das informações da organização. Na tentativa de alocar a cultura de segurança em uma categoria de indicador (que têm como objetivo sinalizar algo), houve dificuldade na teorização para essa tomada de decisão. Sendo a mesma um evento a ser mensurável é imprescindível classificá-la. No estudo feito por Bodí et al. (2017) que avaliou o impacto de uma ferramenta de avaliação aleatória da segurança em tempo real sobre indicadores de estrutura, processo e resultado, rotulou-se a cultura de segurança como um indicador de estrutura. A percepção de cultura foi alcançada após o levantamento dos seguintes itens: atmosfera no lugar do trabalho; relações com os colegas; organização e gerenciamento do serviço e do hospital; clima de segurança; condições de trabalho e reconhecimento do nível de estresse. A metodologia não se deteve em explicar a categorização.

## 1.2 Hospital Survey on Patient Safety Culture

O questionário sobre a Cultura de Segurança do Paciente Hospitalar (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*, HSOPSC) da *Agency for Healthcare Research and Quality* foi concebido para avaliar a visão dos profissionais sobre a cultura de segurança do paciente em unidades de saúde. Esse questionário vem sendo aplicado em vários

países, sofrendo algumas adaptações e ajustes mínimos de tradução e aplicabilidade para serem estatisticamente validados nacionalmente.

### 1.2.1 Aplicação do HSOPSC mundialmente

Vale citar como exemplo, o primeiro estudo que examinou as propriedades psicométricas do HSOPSC traduzido para italiano e adaptado para o pessoal dos Departamentos de Prevenção do país. Executou-se um estudo transversal qualitativo em Departamentos de Prevenção de quatro Autoridades de Saúde Locais no norte da Itália. O estudo aplicou um censo, via *web*, com os profissionais médicos e não médicos, sendo um total de 673 funcionários. A taxa de retorno final foi de 70%, com um número total de 479 respostas. Concluíram que as análises psicométricas ratificam, em generalidade, 10 das 12 dimensões iniciais de cultura de segurança do paciente e 33 dos 42 itens iniciais. Apesar de que o instrumento original foi destinado a hospitais nos EUA, a tradução italiana do HSOPSC, adaptada para uso em unidades de prevenção territorial, funcionou adequadamente em Departamentos de Prevenção italianos (TEREANU et al., 2017b).

No Kuwait, em estudo sobre segurança do paciente em hospitais públicos, foram aplicados questionários do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Um total de 12 092 questionários foi respondido em 16 hospitais públicos do país. Chegaram à conclusão que, para melhorar a cultura de segurança do paciente, é fundamental os hospitais melhorarem a qualidade e a segurança dos serviços. É importante salientar que a pesquisa apontou, que hospitais de médio e pequeno porte tiveram melhores achados quanto à segurança do paciente. Isto é consistente com pesquisas que afirmam que grandes hospitais enfrentam desafios na implementação de iniciativas de melhoria da qualidade por causa da burocracia, enquanto hospitais menores possuem uma cultura mais homogênea (ALI et al., 2018). (ALI et al., 2018).

Ainda no cenário internacional de estudos com aplicação do HSOPSC, realizou-se um estudo transversal em seis hospitais, localizados em quatro regiões romenas (Craiova, Cluj-Napoca, Bucareste e Brasov). Este estudo foi baseado no censo dos funcionários, distribuindo-se 1184 questionários (retornaram 999, correspondendo a uma taxa de resposta de 84%). O questionário original foi traduzido para o romeno (com tradução reversa), pré-testado antes da aplicação e checado psicometricamente. Porcentagens de respostas positivas (PPRs) por questão e categoria foram analisadas globalmente, e também pela categoria profissional. Dentre os resultados encontrados, foi que os enfermeiros exibiram PPRs significativamente mais altas do que os médicos. Esta pesquisa concluiu, mesmo sendo limitada em tamanho, que a atitude da equipe em relação à segurança do paciente nos hospitais romenos sugere que há espaço para melhorias futuras, especialmente na categoria médica (TEREANU et al., 2017a).

No estudo realizado em um hospital universitário francês, foram aplicados 5 064 questionários Hospital Survey on Patient Safety (HSOPS), sendo respondidos apenas 3 978 (a taxa de resposta foi de 78,6%). O mesmo concluiu que os profissionais de saúde apontaram a falta de recursos, incluindo falta de pessoal, como a principal barreira para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente (BOUSSAT; KAMALANAVIN; FRANÇOIS, 2018).

## 2 Materiais e métodos

### 2.1 Desenho do estudo

Foi realizado estudo de caso com abordagem qualitativa e quantitativa, de natureza exploratória. A primeira parte do estudo consistiu na revisão de literatura em bancos de dados nacionais e internacionais. A segunda compreendeu a realização de uma pesquisa do tipo exploratória *survey*, voltada para a aplicação da versão adaptada do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) para captar a percepção dos trabalhadores com relação às dimensões da cultura de segurança do paciente.

O questionário HSOPSC foi adaptado transculturalmente para uso no contexto hospitalar brasileiro. O inquérito validado por Reis (2013) em sua tese apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, foi o escolhido. Esse questionário passou por avaliações da equivalência conceitual e de itens, como também por equivalência semântica e idiomática (REIS, 2013). Parte da metodologia aplicada pela pesquisadora também foi executada nesta dissertação.

A parte exploratória da metodologia foi executada no HGCA, principalmente nos setores que detêm as informações documentais e estatísticas da organização. O setor de Serviço de Arquivo Médico e Estatística, outorgou os índices hospitalares e estatísticas coletadas em 2018. O Núcleo de Segurança de Paciente enviou o Plano de Segurança do Paciente. A Coordenação de Apoio Diagnóstico e Terapêutico cedeu dados dos Relatórios de Gestão do Hospital.

#### 2.1.1 *Locus* do estudo

O *locus* do estudo é constituído unicamente pelo Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), que se localiza na Avenida Eduardo Fróes da Motta S/N, 35.º BI, na cidade de Feira de Santana, segunda maior cidade da Bahia, com 627 477 habitantes (IBGE, 2017), sendo o maior entroncamento rodoviário do Norte e Nordeste, epicentro da Macrorregião Centro Leste e rota de acesso da capital – Salvador, ao interior do Estado.

O hospital possui uma área física de 7525 m<sup>2</sup>, com arquitetura hospitalar em forma de H, contendo 300 leitos e uma taxa de ocupação geral em 2017 de 101,4%. Todos os leitos, inclusive os excedentes são mantidos pelo Governo Estadual através da Secretaria da Saúde do Estado (SESAB). O número de trabalhadores corresponde a 1 635 funcionários (entre Estatutários, Fundação José Silveira, Fundação Estadual de Saúde da Família –F ESF, Pessoas Jurídicas - PJ) além de outros trabalhadores terceirizados.

O Hospital Geral Clériston Andrade é um hospital porta aberta<sup>1</sup>, de grande porte, maior unidade pública hospitalar da rede própria do Estado no interior, sendo o único que atende a procedimentos de média e alta complexidade na região (Figura 1). É pactuado com 127 municípios, através da Secretaria Municipal de Saúde, atendendo a um número extenso de cidadãos (entre residentes e flutuantes), dessas regiões. Foi nesta unidade hospitalar que os questionários foram aplicados.

**Figura 1 – Hospital Geral Clériston Andrade**



Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 2019

Os dados de produção hospitalar e mapa estatístico do HGCA, em 2018, estão disponíveis no anexo D. Estes documentos contêm informações úteis para a caracterização da organização, como: número de internações por clínica, consultas realizadas por especialistas, número de exames realizados, entre outras. É importante frisar que o organograma da instituição está em reconstrução, devido à implantação de novos setores no hospital.

O hospital possui convênio com o Ministério da Educação e Cultura e é autorizado para funcionamento de residência médica, cirúrgica e nutrição clínica. É também

<sup>1</sup> Sistema hospitalar de porta aberta consiste em um fluxo de demanda espontânea, onde a população pode ir até o local por conta própria em busca de atendimento.

campo de aprendizagem e estágios para estudantes de cursos da Universidade Estadual de Feira de Santana e das mais diversas faculdades, campo de estágio para os cursos técnicos na área de enfermagem e radiologia, não só deste município, como também dos circunvizinhos, conveniadas com a SESAB e o hospital.

A preocupação com a segurança do paciente no HGCA está sendo discutida com mais intensidade nos últimos seis anos, desde a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do hospital (anexo C). Um fato que corrobora com essa afirmação é que, no ano de 2018, houve mudanças no NSP reformulando-o para que alguns servidores trabalhassem exclusivamente nas atividades do mesmo. Foram inseridos três profissionais que atuam exclusivamente nas demandas de qualidade e segurança do paciente (existem outros componentes que atuam em múltiplas áreas e/ou setores). Foram necessários vários anos para a consecução desta conquista e o argumento de que é necessário alcançar um cuidado mais seguro foi levantado pelos componentes.

### 2.1.2 População

A população do estudo foi formada pelos profissionais que trabalham no HGCA. Compreende-se que todos os profissionais que exercem suas funções em uma unidade hospitalar possuem relação direta ou indireta com os pacientes. Assim, suas ações laborais, mesmo que atividade meio, interferem em algum momento nos trabalhos assistenciais. Foi estabelecido como critério de inclusão, estar vinculado ao HGCA e exercendo suas atividades ocupacionais na unidade no ano de 2018 (isso inclui todos os terceirizados, sejam de atividades meio ou fim). O total de trabalhadores no quadro pessoal da unidade no ano de 2018 foi de 1 635 indivíduos. A opção pelo censo foi estabelecida, pois, a própria aplicação da pesquisa serve como uma ferramenta educacional para aumentar a conscientização da equipe sobre o valor da temática, adicionado à intencionalidade de utilizar os dados da mesma, como estudo comparativo entre as múltiplas áreas e funções que existem no hospital. Como algumas classes profissionais (a mesma lógica serve para algumas unidades) possuem um número baixo de representantes, estabelecer uma amostra poderia dificultar um estudo que correspondesse à diversidade da equipe e das unidades do HGCA.

Os critérios de exclusão aplicados na pesquisa foram: profissionais que estavam de férias e quaisquer categorias de licença no período da coleta. Foram abordados 1 528 trabalhadores e excluídos 107.

A caracterização da população do estudo foi expressa através de proporção e incluiu: a) área/unidade de trabalho; b) função/profissão; c) interação com paciente (sim ou não); d) sexo; e) grau de instrução; f) tempo de trabalho no hospital.

### 2.1.3 Período do estudo e aplicação do instrumento

Para que houvesse uma sensibilização dos servidores da unidade, os representantes do Núcleo de Segurança do Paciente foram chamados para opinar previamente sobre a melhor estratégia da aplicação do questionário. Foi definido que haveria a 1ª Roda de Conversa com o tema: Segurança do Paciente - Fortalecer a cultura de segurança do paciente. Esse evento foi realizado no auditório do hospital, no dia 25/04/2018 às 10h, para os trabalhadores. Foram discutidos casos clínicos e cultura de segurança do HGCA. Ao final, foi apresentado o instrumento de coleta de dados e solicitado que todos os participantes aderissem ao compromisso de preenchê-los, assinando o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Os trabalhadores que não assistiram este evento, receberam o questionário do pesquisador e no próprio hospital. A aplicação do instrumento foi iniciada em dezembro de 2018 e finalizada em janeiro de 2019. O HSOPSC tem duração média de 10 a 15 minutos para preenchimento.

## 2.2 Plano de Segurança do Paciente

A partir de 2013, por decisão do Colegiado de Gestão HGCA, foi oficialmente implantado o Núcleo de Segurança do Paciente HGCA, através de Portaria Interna assinada pelo Diretor Geral José Carlos de Carvalho Pitanguiera, em consonância a Portaria Nº 529 de 1º de abril de 2013 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 que instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

Em relação ao NSP, inicialmente era composto por representação de todos os setores do hospital, com programação de reunião quinzenal. Devido à baixa adesão por parte dos membros indicados, foi realizada uma nova eleição entre os membros assíduos e vocacionados. Estabeleceu-se uma nova diretoria do NSP, com objetivo de desenvolver o Plano de Ação em Segurança do Paciente do HGCA, conforme artigo oitavo seção II da RDC 36/2013, e assim difundir a cultura de segurança do paciente, reduzir a ocorrência de danos, eventos adversos e notificar ocorrências de não conformidades.

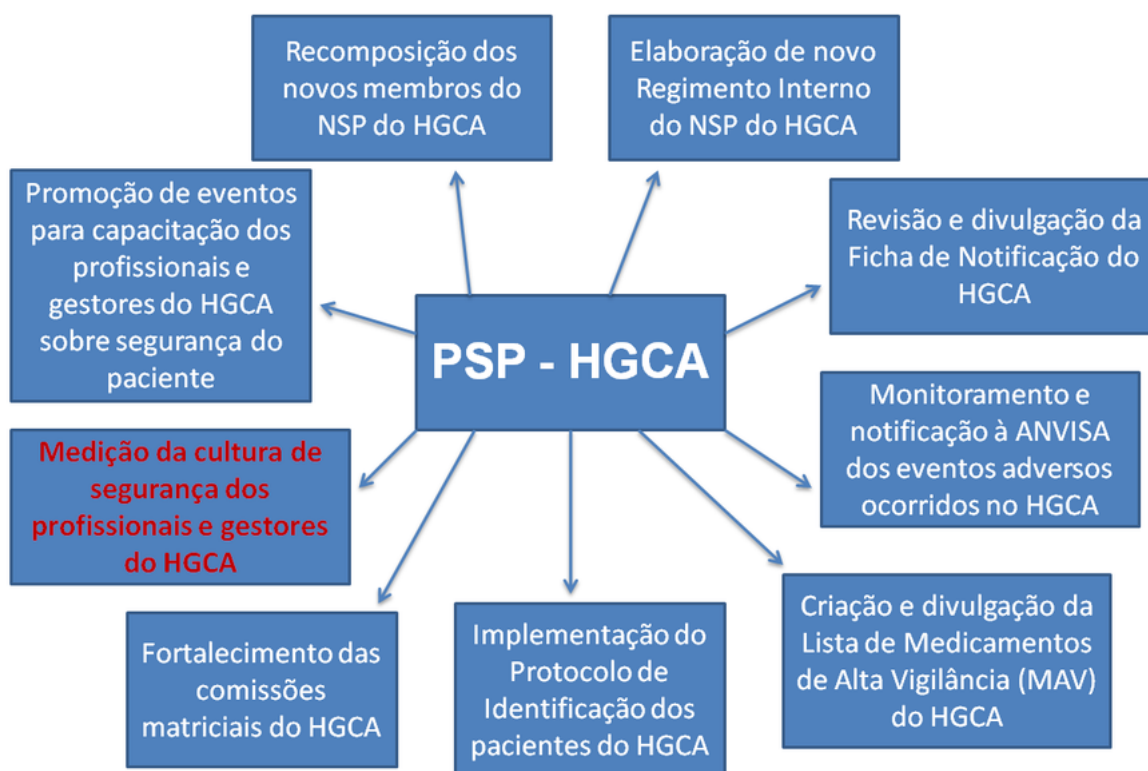
No ano de 2015 o grupo elaborou Plano de Ação de Segurança do Paciente do HGCA (Figura2), em parceria com o curso de pós-graduação intitulado “Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente”, promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, com objetivo de organizar e sistematizar a atuação do NSP no HGCA.

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) constitui-se em “documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gerenciamento de risco, visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde” (MENDES et al., 2009).

Neste sentido, apresentou-se o Plano com a intenção que as orientações técnicas e administrativas colaborassem para prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência aos pacientes e aos trabalhadores. O hospital tentou implementar o PSP, mas não conseguiu de forma completa. As ações prioritárias estabelecidas no Plano de Ação de Segurança do Paciente foram: redefinir, em Portaria interna, os novos membros do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do HGCA e elaborar novo Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do HGCA, baseado na Portaria N. 529/2013 e RDC 36/2013; revisar e divulgar a Ficha de Notificação do HGCA; monitorar e notificar à ANVISA os eventos adversos e incidentes; implementar o Protocolo de Identificação dos pacientes; fortalecer as comissões matriciais – a exemplo da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Análise de Óbitos; medir a cultura de segurança da organização, utilizando o método Survey on Patient Safety Culture, Agency for Healthcare Research and Quality's (AHRQ) adaptado para a realidade brasileira; promover eventos científicos e divulgar materiais educativos sobre segurança do paciente para os profissionais do HGCA a fim de promover a cultura de segurança.



Figura 2 – Plano de segurança do paciente



Elaboração própria

## 2.3 Análise de dados

Cada questionário aplicado foi examinado após seu retorno para diagnóstico de possíveis problemas (ex: dados incompletos e/ou ilegíveis) antes que as respostas da pesquisa fossem inseridas no banco de dados. Foram excluídos questionários que estavam totalmente em branco e aquelas que continham a mesma resposta a todas as perguntas (uma vez que alguns itens da pesquisa são negativamente redigidos. A mesma resposta exata a todos os itens indicavam que o respondente provavelmente não prestou muita atenção, considerando-se que as respostas não eram válidas).

### 2.3.1 Análise descritiva do instrumento e avaliação da cultura de segurança

Para a análise descritiva do instrumento e a avaliação da cultura de segurança do paciente no hospital participante foram calculados os percentuais de respostas positivas às dimensões sobre cultura de segurança do paciente. Foram definidos como o percentual médio de respostas positivas aos itens componentes da dimensão do

HSOPSC, estimado para o hospital. O percentual de respostas positivas para cada dimensão foi calculado usando-se a seguinte fórmula:

% de respostas positivas da dimensão X=[número de respostas positivas aos itens da dimensão X/número total de respostas válidas aos itens da dimensão X (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)] x 100

Também foram calculados os percentuais de respostas positivas para cada item da dimensão, através da seguinte fórmula:

% de respostas positivas ao item da dimensão X=[número de respostas positivas ao item da dimensão X/número total de respostas válidas ao item da dimensão X (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)] x 100

Respostas positivas referem-se às respostas em que foram assinaladas a opção 4 ou 5 (concordo / concordo totalmente ou quase sempre/sempre) para as sentenças formuladas de forma positiva, ou 1, ou 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) nas perguntas formuladas negativamente. As respostas neutras referem-se às alternativas em que foram assinaladas a opção 3 (nem discordo nem concordo ou às vezes) para qualquer pergunta.

Respostas negativas referem-se às respostas que foram assinaladas as opções 1 ou 2 (discordo / discordo totalmente ou nunca/raramente), para as perguntas formuladas de forma positiva, ou 4, ou 5 (Concordo / concordo totalmente ou quase sempre / sempre) nas sentenças formuladas negativamente.

O percentual de respostas positivas representa uma reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente e permite identificar áreas fortes e frágeis na segurança do paciente. Foram consideradas “áreas fortes da segurança do paciente” no hospital, aquelas cujos itens escritos positivamente obtiveram 75% de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”), ou aquelas cujos itens escritos negativamente, obtiveram 75% das respostas negativas (“discordo totalmente” ou “discordo”). De modo semelhante, “área frágeis da segurança do paciente” e que necessitam melhorias foram consideradas aquelas cujos itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas.

Os cálculos dos percentuais de respostas positivas aos itens e dimensões foram realizados mediante uso da planilha criada pela *Agency For Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, denominada: *Hospital Survey on Patient Safety Culture - Data Entry and Analysis Tool* - versão fevereiro de 2018, customizada para produzir resultados do HSOPSC.

### 2.3.2 Compostos de cultura de segurança do paciente

A Pesquisa Hospitalar sobre a Cultura de Segurança do Paciente enfatiza a segurança do paciente e os eventos relatados. Existem 42 itens agrupados em 12 medidas compostas ou compósitos. Além de compósitos, a pesquisa inclui duas perguntas que solicitam aos respondentes uma avaliação geral do grau de segurança do paciente. A primeira, refere-se à sua área de trabalho/unidade; a segunda serve para indicar o número de eventos que relataram nos últimos 12 meses. Os respondentes também foram solicitados a fornecer informações demográficas sobre si mesmos (sua área de trabalho/unidade, categoria profissional, presença/ausência de interação direta com os pacientes em sua área de trabalho/unidade)

### 2.3.3 Definições de positivo, neutro e negativo

- 1) Positivo é a porcentagem de respostas que foram classificadas como 4 ou 5 (concordo / concordo totalmente ou quase sempre/sempre) para perguntas com redação positiva, ou 1, ou 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) por negativamente perguntas formuladas.
- 2) Neutro é a porcentagem de respostas que foram classificadas como 3 (nem discordo nem concordo ou às vezes) para qualquer pergunta.
- 3) Negativo é a porcentagem de respostas classificadas como 1 ou 2 (Discordo / Discordo Totalmente ou Raramente / Nunca) para perguntas com redação positiva, ou 4 ou 5 (Concordo / concordo totalmente ou quase sempre / sempre) para perguntas com palavras negativas.

#### 2.3.3.1 Definição de resultados compostos

Resultados ou escores compostos medem 12 áreas diferentes da cultura de segurança do paciente. Eles são calculados para cada hospital pela média da porcentagem de resposta positiva nos itens dentro de um composto. Por exemplo, para um composto de três itens, se as respostas positivas percentuais em nível de item fossem 50%, 55% e 60%, a resposta positiva percentual em nível composto do hospital seria a média dessas três porcentagens ou 55% positiva.

#### 2.3.3.2 Definição de resultados comparativos

- 1) Os resultados comparativos em nível de item são as comparações dos resultados do HGCA com os resultados comparativos do banco de dados do hospital em nível de item.

- 2) Resultados comparativos em nível composto são as comparações dos resultados hospitalares do HGCA com o banco de dados comparativo de hospital composto em nível AHRQ.

### 2.3.4 Interpretando o artigo e resultados de nível composto

#### 2.3.4.1 Escalas de resposta da pesquisa

Os entrevistados usam uma escala de resposta de cinco pontos ao responder itens:

Acordo: Concordo totalmente e concordo (combinado)/ Não concordo nem discordo/ Discordo e discordo totalmente (combinado).

OU

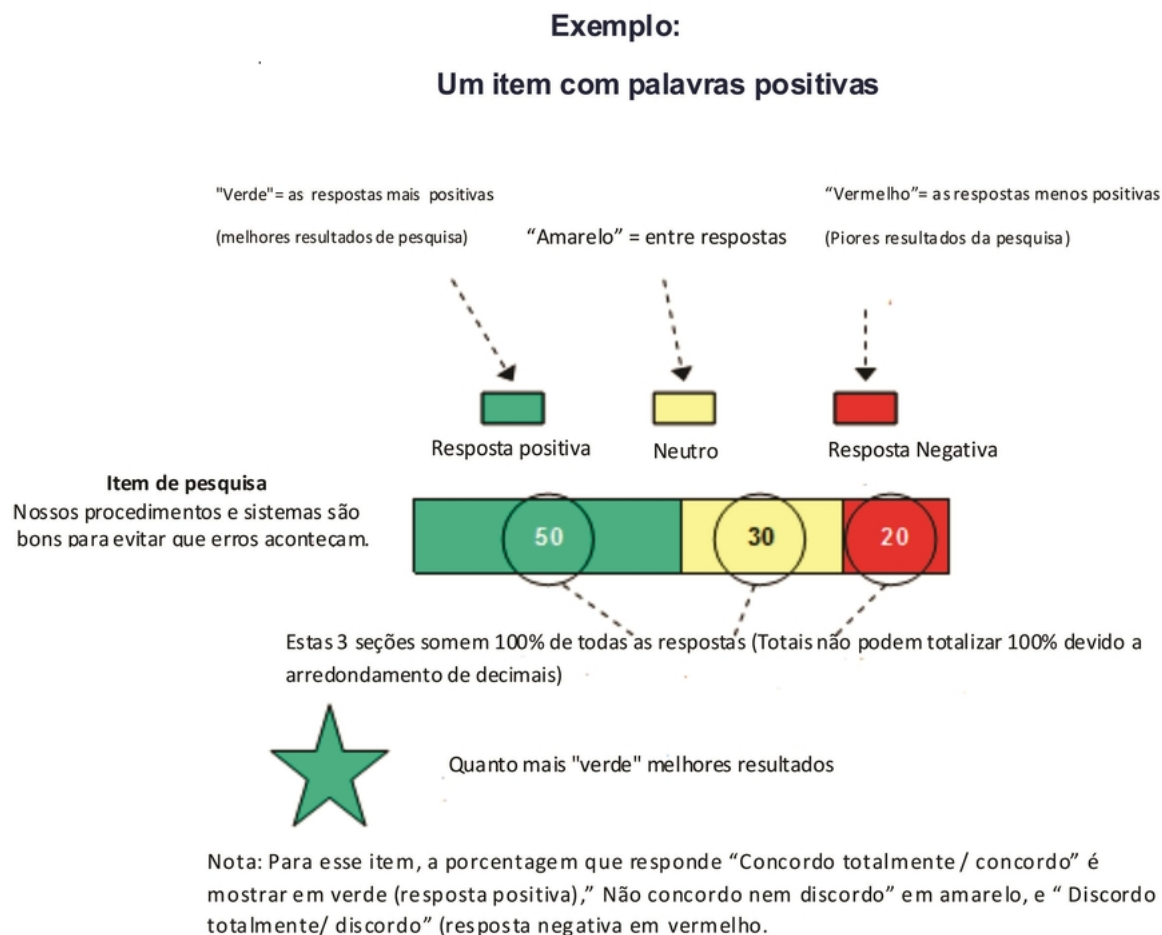
Frequência: Sempre e na maioria das vezes (combinado)/ Às vezes/ Raramente e nunca (combinado).

As respostas ausentes são excluídas ao exibir porcentagens de resposta aos itens da pesquisa. Foram utilizados itens com palavras positivas e negativas.

#### 2.3.4.2 Itens com palavras positivas

Este é um exemplo de um item com palavras positivas. Para este item, a porcentagem que respondeu “Concordo Totalmente / Concordo” é mostrada em verde (resposta positiva), “Nenhuma” em amarelo e “Discordo Totalmente / Discordo” (resposta negativa) em vermelho.

Gráfico 1 – Itens com palavras positivas

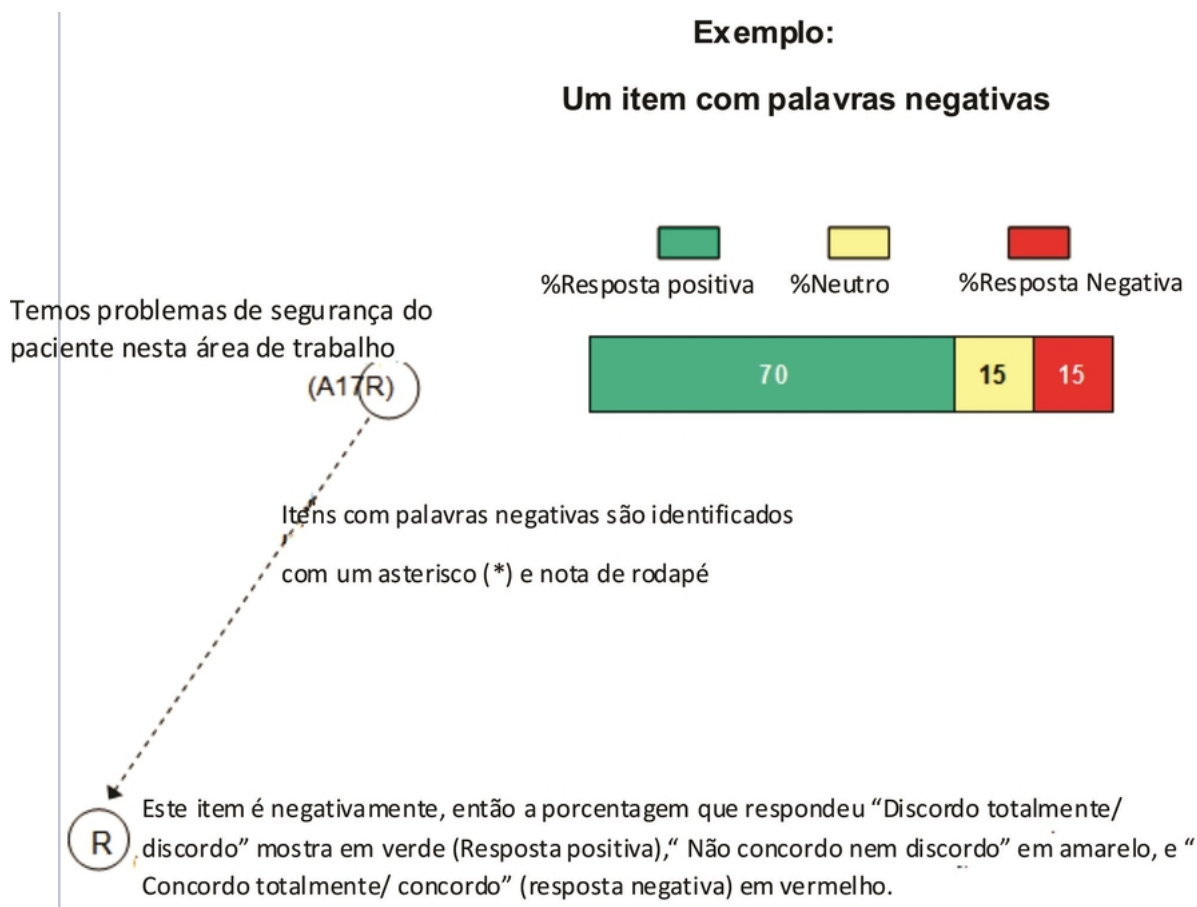


AHRQ Surveys on Patient Safety Culture TM

### 2.3.4.3 Itens com palavras negativas

Este é um exemplo de um item com palavras negativas. A porcentagem que respondeu "Discordo fortemente / discordo" é mostrada em verde (resposta positiva), "Não concordo nem concordo" em amarelo e "Concordo plenamente / Concordo" (resposta negativa) em vermelho.

Gráfico 2 – Item com palavras negativas



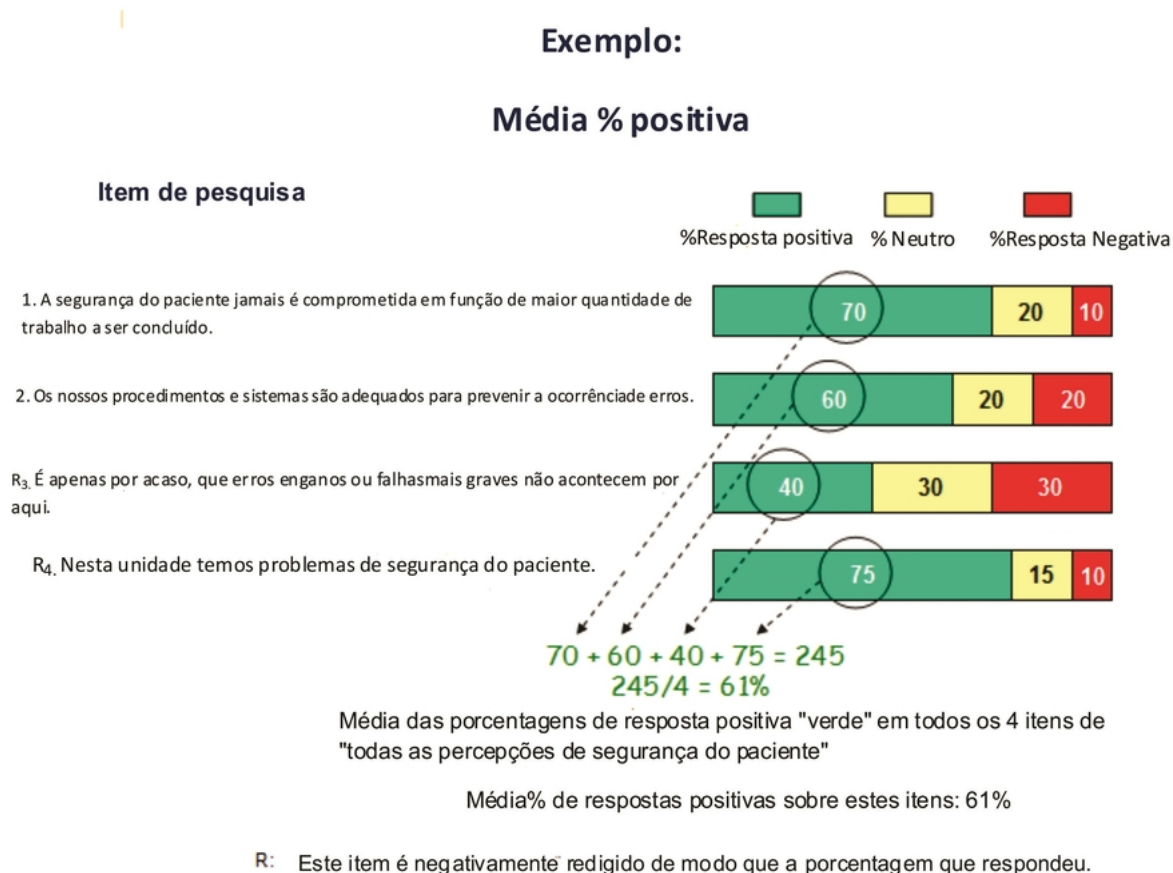
AHRQ Surveys on Patient Safety Culture TM

Este item é o exemplo com palavras negativas. Assim, a porcentagem que respondeu “Discordo totalmente/ discordo” mostra em verde (resposta positiva), “Não concordo nem discordo” mostra em amarelo, e “Concordo totalmente/ concordo” (resposta negativa) mostra em vermelho.

#### 2.3.4.4 Pontos compostos

Uma pontuação composta resume como os participantes responderam a grupos de itens que medem a mesma coisa. Para calcular a pontuação composta do HGCA, calculou-se a média da resposta positiva percentual em cada item incluído no compósito. Segue um exemplo de cálculo de uma pontuação composta para Percepção Geral da Segurança do Paciente:

Gráfico 3 – Média % positiva



AHRQ Surveys on Patient Safety Culture TM

### 2.3.5 Pesquisa hospitalar sobre cultura de segurança do paciente: itens e dimensões

No presente estudo, os itens da Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente são agrupados nos compostos de cultura de segurança, que os compostos pretendem medir. O local da pesquisa do item é mostrado para a esquerda de cada item. Itens com palavras negativas são indicados (com a letra "R").

#### 1) Trabalho em equipe dentro de unidades

(Discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente)

A1 - Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.

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

A4 - Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.

A11 - Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam.

2) Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviços que favorecem a segurança

(Discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente)

B1 - O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.

B2 - O meu supervisor/chefe realmente considera as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente.

B3R - Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhe-mos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.

B4R - O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.

3) Aprendizagem organizacional — melhoria contínua

(Discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente)

A6 - Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.

A9 - Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.

A13 - Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.

4) Suporte de gerenciamento para segurança do paciente

(Discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente)

F1 - A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.

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



F9R - A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.

5) Percepções gerais da segurança do paciente

(Discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente)

A15 - A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.

A18 - Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.

A10R - É apenas por acaso, que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui.

A17R - Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.

6) Feedback e comunicação sobre o erro

(Nunca, raramente, às vezes, quase sempre, sempre)

C1 - Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.

C3 - Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.

C5 - Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.

7) Abertura de comunicação

(Nunca, raramente, às vezes, quase sempre, sempre)

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

C4 - Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.

C6R - Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.

8) Frequência de eventos relatados

(Nunca, raramente, às vezes, quase sempre, sempre)

D1 - Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?

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

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

#### 9) Trabalho em equipe entre unidades

(Discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente)

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

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

F2R - As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.

F6R - Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital.

#### 10) Pessoal

(Discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente)

A2 - Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho.

A5R - Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.

A7R - Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.

A14R - Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido.

#### 11) Transferências e transições

(Discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente)

F3R - O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.

F5R - É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.

F7R - Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.

F11R - Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.

## 12) Resposta não punitiva ao erro

(Discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente)

A8R - Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles.

A12R - Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.

A16R- Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais.

## **2.4 Aspectos éticos**

De acordo com as atribuições do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Adventista da Bahia, em conformidade com a Resolução 466/12, foi declarado que o projeto: Cultura de Segurança do Paciente: Estudo no Hospital Geral Clériston Andrade - Feira de Santana Bahia, foi aprovado, sob o Parecer Número do: 3.010.819. (Anexo A)

A pesquisa possuiu riscos. A utilização de um questionário para preenchimento poderia resultar em um vazamento de informações, podendo acarretar algum prejuízo ao participante. Na tentativa de dirimir essa situação, os questionários não foram identificados com os nomes dos participantes. A quebra de sigilo também era um risco em potencial (ainda que involuntária e não intencional). Também apresentou benefícios, pois, os participantes fizeram parte do diagnóstico da cultura de segurança do paciente no hospital. Ela serve como uma ferramenta de educação na unidade e possibilita o acréscimo de informações regionais para o desenvolvimento do estudo em cultura de segurança do paciente.

### 3 Resultados e discussão

#### 3.1 Resultados

##### 3.1.1 Resultados encontrados no Hospital Geral Clériston Andrade

##### 3.1.1.1 Taxa de retorno final

Após a identificação de quais questionários foram incluídos no arquivo do Banco de Dados de análise, foi utilizada a seguinte fórmula para calcular a taxa de retorno final:

Número de questionários retornadas / Número de trabalhadores que receberam o questionário

A taxa de resposta é também um resultado importante, uma vez que há evidências científicas da dificuldade em usar esse instrumento de coleta de dados em unidades de internação. As taxas de retorno final de pesquisas que utilizaram o mesmo questionário aplicado no HGCA foram: 77% (HELLINGS et al., 2007); 60,5% (ALI et al., 2018); 48,5% (ROBIDA, 2013b) e 13,6% (ANDRADE et al., 2016). Nesta pesquisa foram coletados 763 questionários, e a taxa de retorno final da pesquisa ficou em 49,93%.

##### 3.1.1.2 Dados demográficos dos respondentes

Esta seção apresenta o perfil dos respondentes. A maior porcentagem (39%) está fora das áreas de atividades assistenciais mais comuns. A pesquisa captou a resposta de muitos profissionais que trabalham em áreas administrativas. Também existem muitos núcleos criados pela gestão, em conformidade com as solicitações da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Dos setores citados na Tabela 1, o departamento de emergência é o que possui o maior índice de respostas. A unidade tem sua vocação no tratamento de urgências e emergências.

**Tabela 1 – Área de trabalho/unidade**

Área de trabalho/unidade (item do questionário: Ai)	N	%
---	---	---

Área de trabalho/unidade (item do questionário: Ai)	N	%
Muitas unidades diferentes / sem unidade específica	101	15%
Medicina (não cirúrgico)	40	6%
Cirurgia	35	5%
Obstetrícia	2	0%
Pediatria	1	0%
Departamento de Emergência	112	16%
Unidade de Terapia Intensiva (qualquer tipo)	75	11%
Psiquiatria / Saúde Mental	4	1%
Reabilitação	9	1%
Farmácia	4	1%
Laboratório	19	3%
Radiologia	19	3%
Anestesiologia	1	0%
Outros	266	39%
Total	688	100%
Ausência	75	

No que se refere à categoria profissional, a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) corresponde a 44% de todas as respostas. Na grande maioria dos estudos, o índice de respostas dessa categoria profissional é o mais elevado. Nesta pesquisa, existe um achado que chama a atenção, com 14% de todas as respostas, o grupo de auxiliares administrativos ultrapassou as demais categorias profissionais de saúde. (Tabela 2)

**Tabela 2 – Categoria profissional do funcionário**

Categoria profissional do funcionário (item do questionário: H4)	N	%
--	---	---

Categoria profissional do funcionário (item do questionário: H4)	N	%
Médico do Corpo Clínico/ Médico Assistente	39	8%
Médico Residente/ Médico em Treinamento	10	2%
Enfermeiro	87	17%
Técnico em Enfermagem	134	27%
Auxiliar de Enfermagem	30	6%
Farmacêutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico	2	0%
Odontólogo	8	2%
Nutricionista	25	5%
Fisioterapeuta; Terapeuta Respiratório Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo	35	7%
Psicólogo	5	1%
Assistente Social	10	2%
Técnicos (ex: Laboratório, Radiologia, etc)	36	7%
Administração / Gerenciamento	6	1%
Auxiliar Administrativo	71	14%
Total	498	100%
Ausência	265	

A avaliação quanto à interação com pacientes, apresentou que cerca de 75% dos respondentes normalmente possuem interação direta com o paciente (Tabela 3).

**Tabela 3 – Interação com o paciente**

Interação com pacientes (item do questionário: H5)	N	%
--	---	---

	<b>N</b>	<b>%</b>
Interação com pacientes (item do questionário: H5)		
SIM, normalmente tenho interação direta ou contato com pacientes	503	74%
NÃO, normalmente não tenho interação direta ou contato com pacientes	174	26%
Total	677	100%
Ausência	86	

Cerca de metade (47%) da equipe de profissionais no HGCA, possuem até 5 anos de trabalho no hospital. Os outros 53%, trabalham no hospital por mais de 6 anos. Vale ressaltar que os funcionários de 6 a 10 anos, são a maioria (28%) na organização.(Tabela 4)

**Tabela 4 – Tempo trabalhado no hospital**

Tempo trabalhado no hospital - em anos (item do questionário: H1)	<b>N</b>	<b>%</b>
Menos de 1 ano	155	21%
1 a 5 anos	190	26%
6 a 10 anos	201	28%
11 a 15 anos	62	9%
16 a 20 anos	23	3%
21 anos ou mais	92	13%
Total	723	100%
Ausência	40	

Os dados apresentaram que 54% dos servidores estão trabalhando em sua área atual de 1 a 10 anos. A maior porcentagem (33%) está de 1 a 5 anos. Esses achados indicam que o índice de rotatividade dos servidores nos mais diversos setores do hospital é baixo.(Tabela 5)

**Tabela 5 – Tempo trabalhado em sua área atual no hospital/unidade - em anos**

Tempo trabalhado em sua área atual no hospital/unidade - em anos (item do questionário: H2)	<b>N</b>	<b>%</b>
Menos de 1 ano	230	32%
1 a 5 anos	238	33%
6 a 10 anos	152	21%
11 a 15 anos	50	7%
16 a 20 anos	20	3%
21 anos ou mais	27	4%
Total	717	100%
Ausência	46	

A Tabela 6 apresenta um recorte da quantidade média de horas trabalhadas pelos servidores do HGCA. Estão em atividades laborais de 40 a 59 horas por semana (41%). Considerando que grande parte das atividades são extenuantes (físico e mentalmente), esse dado é indicativo de uma intensa jornada de trabalho. Laboram de 20 a 39 horas por semana (50%,). No extremo, ainda foram encontrados que trabalham de 60 a 100 horas por semana ou mais (4%).

**Tabela 6 – Horas trabalhadas por semana - Horas**

Horas trabalhadas por semana - horas (item do questionário: H3)	<b>N</b>	<b>%</b>
Menos que 20 horas por semana	39	6%
20 a 39 horas por semana	353	50%
40 a 59 horas por semana	292	41%
60 a 79 horas por semana	11	2%



---

Horas trabalhadas por semana - horas (item do questionário: H3)	<b>N</b>	<b>%</b>
80 a 99 horas por semana	10	1%
100 horas por semana ou mais	6	1%
Total	711	100%
Ausência	52	

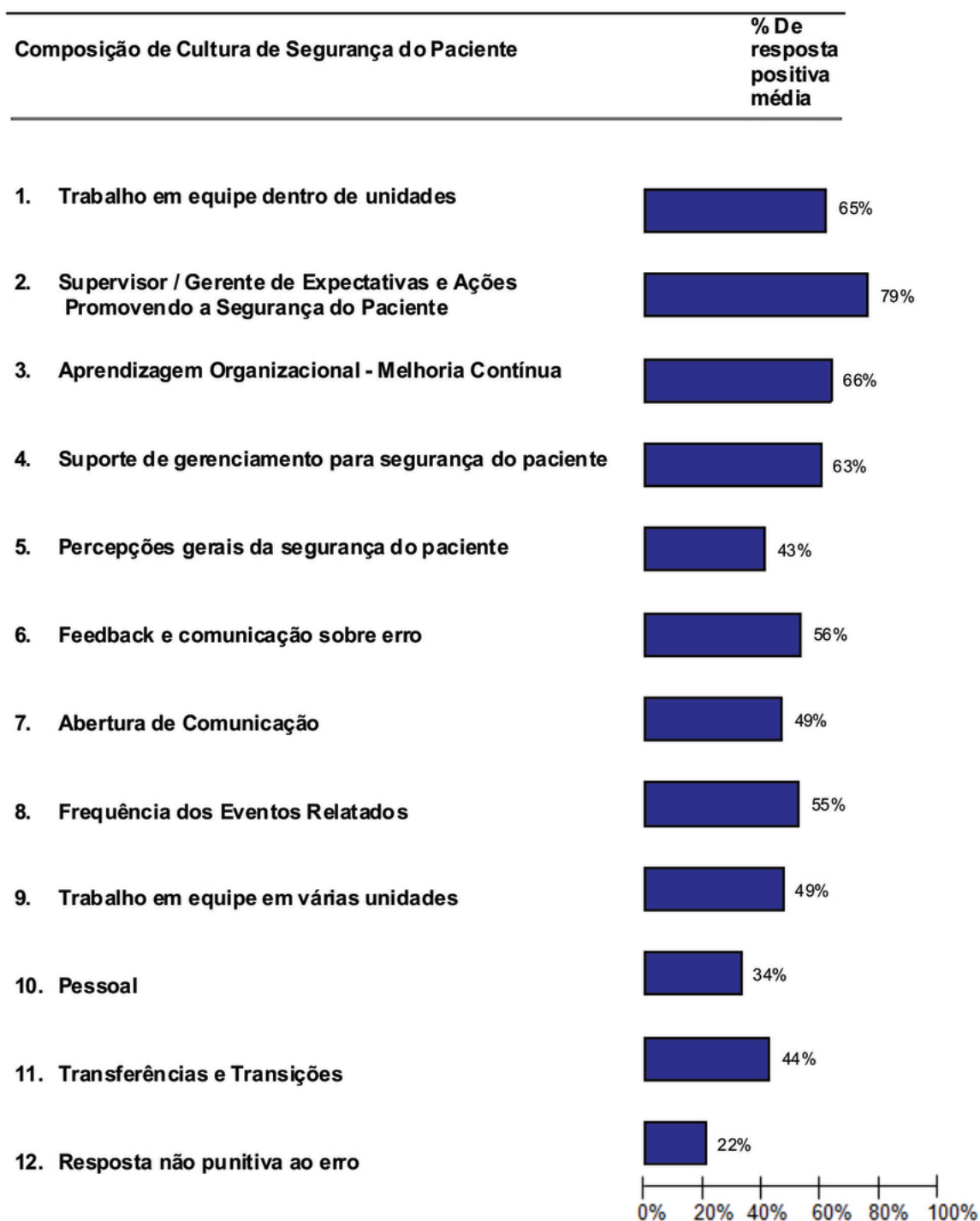
---

### 3.1.1.3 Resultados de nível composto

O gráfico 4 apresenta a porcentagem média de respostas positivas para cada área de cultura de segurança do paciente. As pontuações em nível composto não seriam calculadas quando um item em uma composição tivesse menos de 3 respondentes (esse fato não ocorreu).

Os dados obtidos após os cálculos de composição demonstram que a única área que foi considerada forte da segurança do paciente no HGCA é a 2 (Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviços que favorecem a segurança). Esse achado leva a perceber o nível de imaturidade na cultura de segurança do paciente da unidade. De 12 itens, apenas 1 conseguiu pontuar acima de 75%. Metade dos itens foram categorizados como áreas frágeis da segurança do paciente, foram eles: percepções gerais da segurança do paciente; abertura de comunicação; trabalho em equipe em várias unidades; pessoal; transferências e transições, e resposta não punitiva ao erro (sendo este item, o de pior desempenho no HGCA). (Gráfico 4)

Gráfico 4 – Composição de cultura de segurança do paciente



Nota: As pontuações compostas são calculadas quando qualquer item na composição tem menos de 3 correspondentes.

### 3.1.1.4 Resultados no nível do item

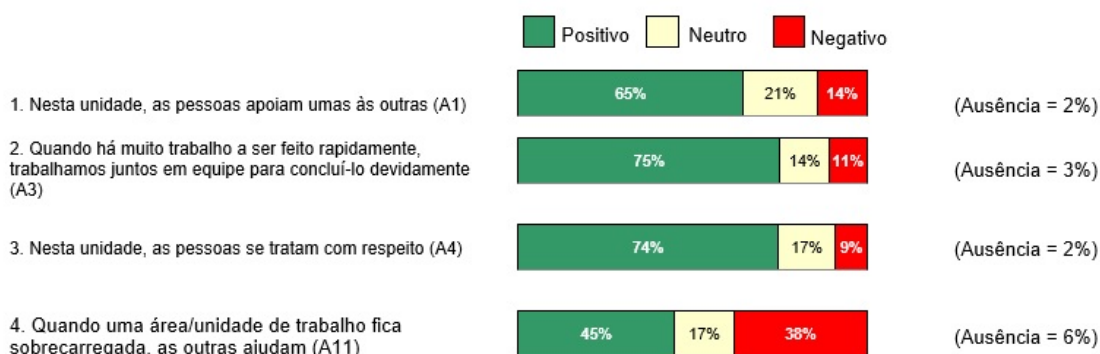
Apresenta a porcentagem de respostas positivas, neutras ou negativas por categoria, para cada pergunta. As pontuações em nível do item não são calculadas para um item com menos de três respondentes.

#### 3.1.1.4.1 Trabalho em equipe dentro das unidades

A avaliação sobre o trabalho em equipe nas Unidades encontrou que apenas o item A3 (quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente) é considerado um item forte para segurança do paciente. Esse achado fortalece a impressão de que as equipes nas suas unidades são convergentes. O item A4 (nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito) não alcançou o indicador de área forte por apenas um ponto percentual (74%), este detalhe é importante, pois, há a necessidade de um ajuste fino no gerenciamento de pessoas e equipe de humanização deste hospital.

O item A11 foi considerado como frágil para segurança do paciente (quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam). No HGCA, os profissionais são alocados nas unidades conforme o perfil de formação e/ou necessidade do serviço. Geralmente permanecem nesses setores por longos períodos, criando assim um efeito de pertencimento ao setor. Isso favorece o ambiente interno (como percebido no item A3). Contudo, este sentimento de pertencimento ao setor pode provocar um efeito, no qual as unidades se concentram em suas atividades internas e diminuem o senso de responsabilidade perante as necessidades dos outros setores. Isso pode ser deletério para a funcionalidade sistêmica.

Gráfico 5 – Trabalho em equipe dentro das unidades



Elaboração própria

#### 3.1.1.4.2 *Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviços que favorecem a segurança*

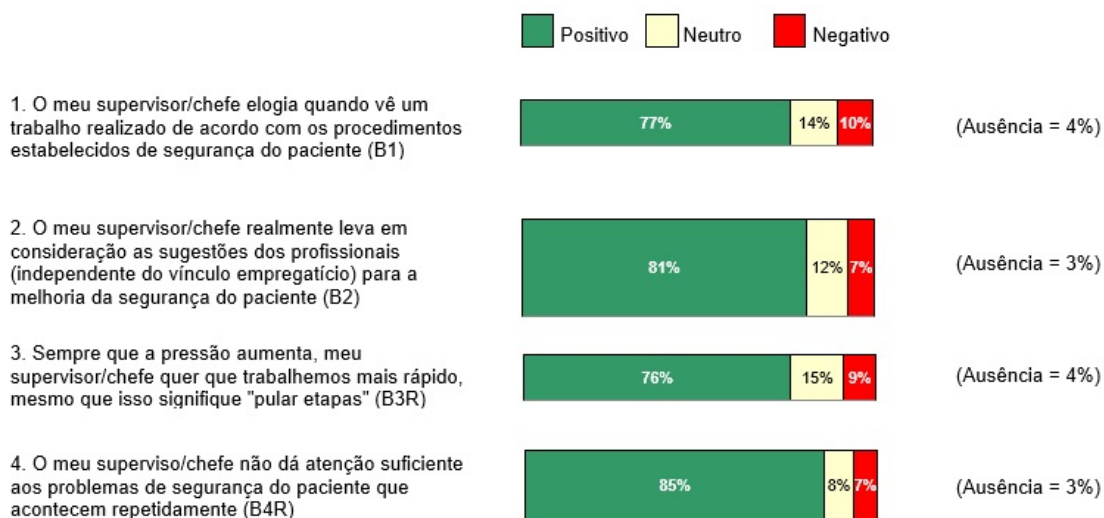
Nesses itens que remetem ao papel dos supervisores, gerentes e chefias imediatas e suas ações perante a equipe no incremento da segurança do paciente, o HGCA se materializou como área forte para segurança do paciente em todos os quesitos. As diretorias do hospital fortalecem o papel das chefias táticas. O item de melhor pontuação em toda a pesquisa foi o B4R (o meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente), alcançando 85% de respostas positivas para o mesmo. Se a liderança está fortemente comprometida com a Política de Segurança do Paciente, a tendência de melhoria na maturidade da cultura de segurança é esperada.

Outro item (B2), com porcentagem alta (81%), remete ao ato de que as sugestões para a melhoria da segurança do paciente, citadas pelos trabalhadores (independente do vínculo empregatício) estão sendo consideradas pelo seu supervisor/chefia. Este adendo para o modelo de contratação é muito importante, pois, no hospital existem contratos por Pessoa Jurídica (PJ), terceirizados de Organização Social (OS), terceirizados por Fundações, vínculos permanentes por concurso (estatutários), cargos de confiança, vínculos por cooperativas. É sugestivo que, apesar das diferenças na forma de contratação, os profissionais estão sendo escutados e considerados no Hospital.

Receber um feedback positivo de como as ações estão sendo realizadas pela equipe, melhora o ambiente no trabalho e incentiva novas ações. O item B1 mensura se o supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente. A porcentagem de 77% de respostas positivas foi obtida. Cabe salientar que apenas 10% dos respondentes apontaram como negativo esse item.

Em um hospital em que existe uma “demanda espontânea” de pacientes continuamente, a preocupação da equipe gestora em cumprir as responsabilidades assistenciais e manter a qualidade de atendimento é algo complexo. No item B3R, solicitou-se a opinião no momento do aumento de pressão (sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”), e o achado evidenciou que 76% dos trabalhadores respondem que apesar da necessidade de aumento da eficiência, não significa que a chefia imediata pressione a quebra dos padrões estabelecidos previamente.

Gráfico 6 – Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviços que favorecem a segurança



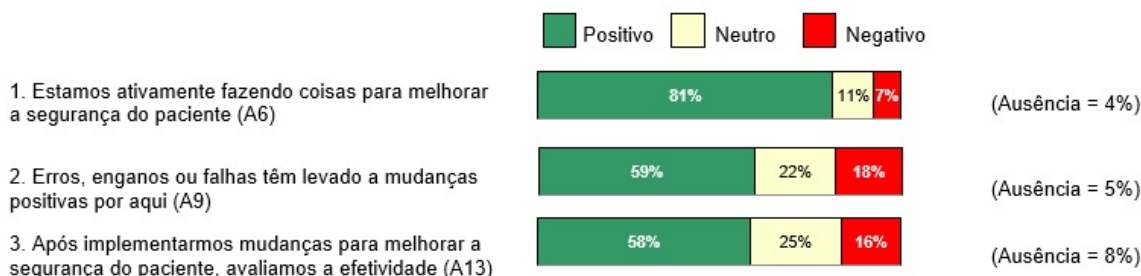
Elaboração própria

### 3.1.1.4.3 Aprendizagem organizacional — melhoria contínua

Na área de aprendizagem organizacional apenas o item A6 é apontado como forte para segurança do paciente. Com 81% de respostas positivas, os funcionários da unidade afirmaram que estavam ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente. Essa atitude de engajamento pode estimular o NSP à proposição de mais ações na área.

Os itens A9 (erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui) e A13 (após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade) obtiveram percentuais próximos a 60% (respectivamente 59% e 58%). (Gráfico 7)

Gráfico 7 – Aprendizagem organizacional — melhoria contínua



Elaboração própria

### 3.1.1.4.4 Suporte de gerenciamento para segurança do paciente

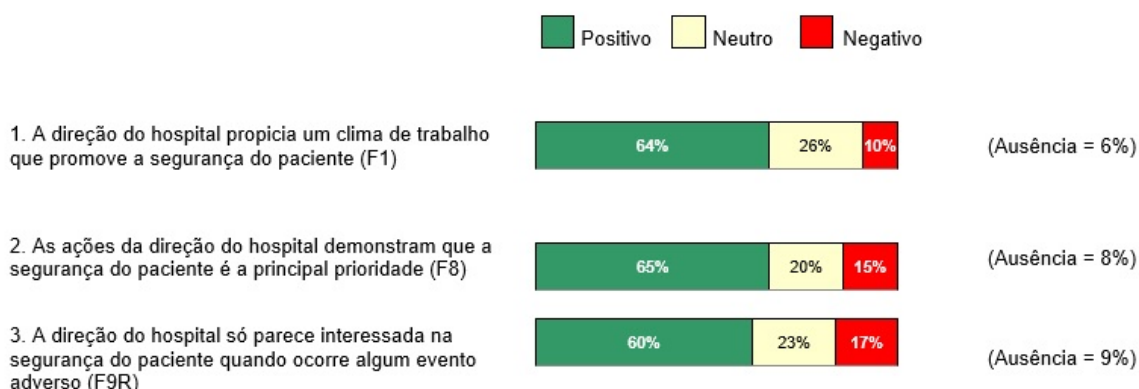
Os próximos três itens abordam o papel da direção do hospital com relação à promoção, priorização e interesse com relação à segurança do paciente na unidade. Vale salientar, que esta organização possui 4 diretorias: Diretoria Médica, Diretoria de Enfermagem, Diretoria Administrativa e Diretoria Geral (que é hierarquicamente superior a todas as outras). Todos os itens avaliados mantiveram uma faixa de respostas positivas que foi de 60% à 65%.

Obtendo o maior percentual de respostas positivas com 65%, está o item F8 com a afirmativa de que as ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade.

O item F1 (a direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente) obteve o menor percentual de respostas negativas (10%) neste bloco. Foram 64% de respostas positivas.

Temos no F9R (a direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso) o menor percentual de respostas positivas (60%) e também o maior de negativas (17%). As ações preventivas são consideradas mais vantajosas que as corretivas. (Gráfico 8)

Gráfico 8 – Suporte de gerenciamento para segurança do paciente



Elaboração própria

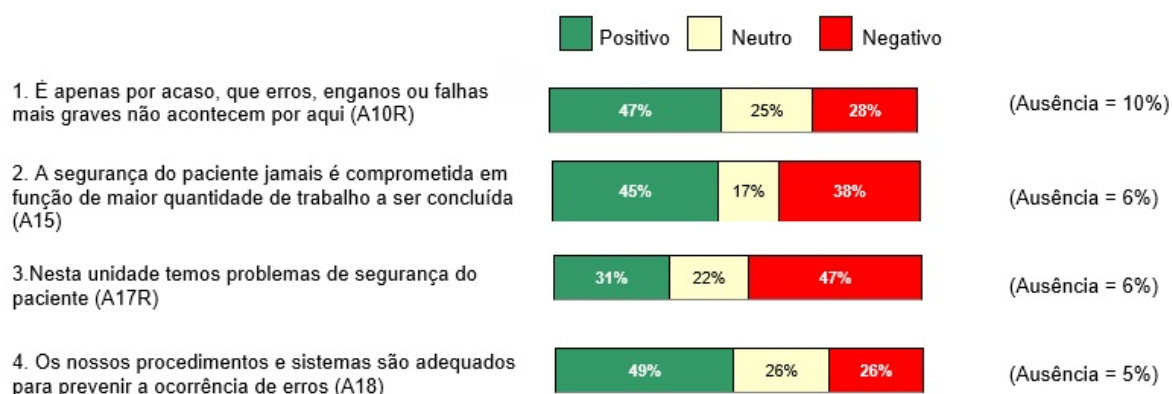
### 3.1.1.4.5 Percepções gerais da segurança do paciente

No eixo que apresenta as percepções gerais dos trabalhadores com relação à segurança do paciente, em todos os itens a unidade foi pontuada como frágeis em segurança do paciente.

O item A17R (nesta unidade temos problemas de segurança do paciente) foi o que apresentou maior porcentagem de respostas negativas (47%). Percebe-se que quase metade dos respondentes consideram que a unidade possui problemas de segurança do paciente, enquanto 31% não concordam com a afirmação. (Gráfico 9)

Houve uma sequência de respostas positivas nos dados obtidos nos itens A15 (a segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída) 45%, A10R (é apenas por acaso, que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui) 47% e A18 (Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros) 49%.(Gráfico 9)

Gráfico 9 – Percepções gerais da segurança do paciente



Elaboração própria

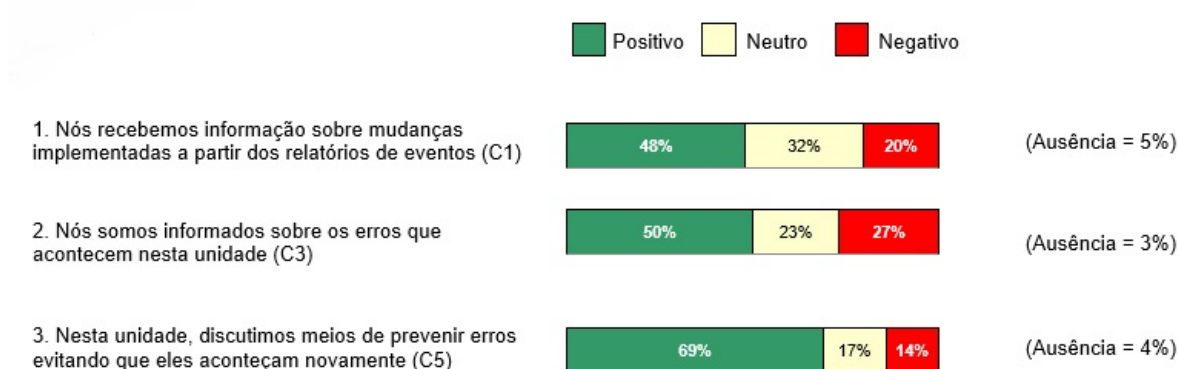
### 3.1.1.5 *Feedback* e comunicação sobre o erro

Dos três itens avaliados na unidade com relação ao *feedback* e comunicação, apenas o C5 (nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente) não foi classificado como frágil de segurança do paciente. Com 69% de respostas positivas dos respondentes, percebe-se que há discussão sobre meios de prevenção de erros.

Com 50% de respostas positivas o item C3 (nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade), também chama a atenção pelo percentual de respostas negativas 27% (o maior valor desse eixo). Mostrando que mais de 1/4 dos servidores não se sentem informados sobre os erros que acontecem na unidade.

O item C1 (nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de evento) tem um valor de respostas positivas muito próximas do item apresentado no parágrafo anterior (48%). Contudo, as perguntas sobre *feedback* estão o padrão de respostas negativas diferentes. Neste item 1/5 dos servidores responderam de forma negativa.

Gráfico 10 – Feedback e comunicação sobre o erro



Elaboração própria

### 3.1.1.5.1 Abertura de comunicação

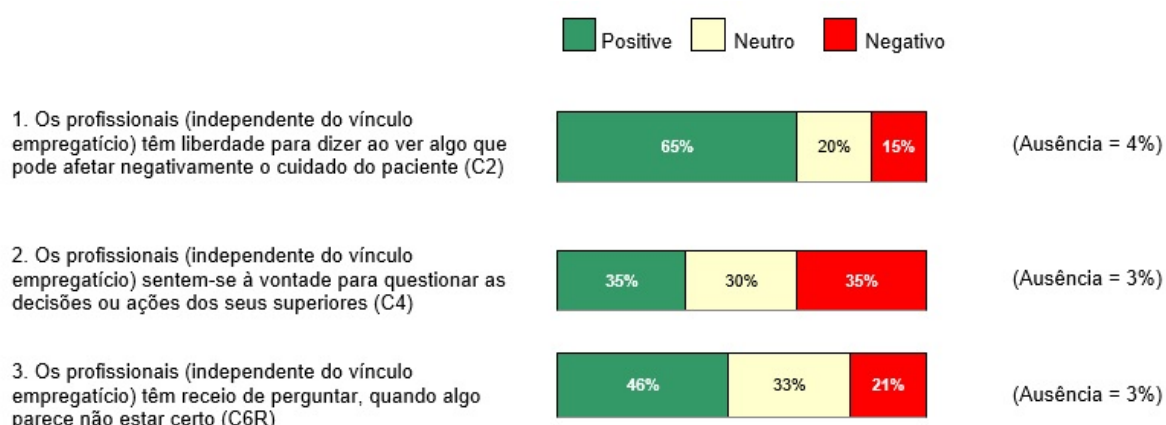
O item C2 {os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente} recebeu 65% de respostas positivas. Foi o que recebeu maior porcentagem de respostas positivas com relação à comunicação.

De forma intermediária, o item C6R {os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo} obteve 46% de respostas positivas.

Ficando na margem da área frágil da segurança do paciente, o item C4 {Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores}, alcançou 35% de respostas positivas. A quantidade de respostas negativas é igual (35%). Esse equilíbrio demonstra que os respondentes estão divididos entre o questionamento (sem constrangimentos) ou não, à sua chefia imediata sobre as decisões/ações da mesma. (Gráfico 11)



Gráfico 11 – Abertura de comunicação



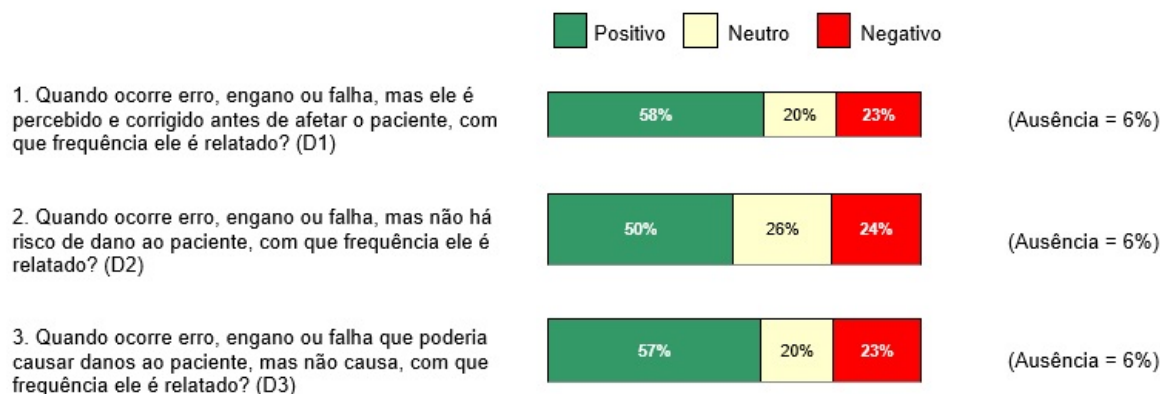
Elaboração própria

### 3.1.1.5.2 Frequência de eventos relatados

Com relação à frequência no qual os eventos são relatados na unidade, dos três itens avaliados, um se encontra categorizado como um item frágil da segurança do paciente, D2 (quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?) com 50% de respostas positivas. O fato do equívoco não gerar risco ao paciente pode estar inibindo os funcionários relatarem os eventos.

Os itens D1 (quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?) e D3 (quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?) possuem similaridades nos padrões de respostas (positivo, neutro e negativo), alcança respostas positivas respectivamente 58% e 57%. (Gráfico 12)

Gráfico 12 – Frequência de eventos relatados



Elaboração própria

### 3.1.1.5.3 Trabalho em equipe entre unidades

Nesse eixo temático sobre o trabalho em equipe entre as unidades, quatro itens foram estudados. Três deles foram apontados como áreas frágeis de segurança do paciente (F2R, F4 e F6R).

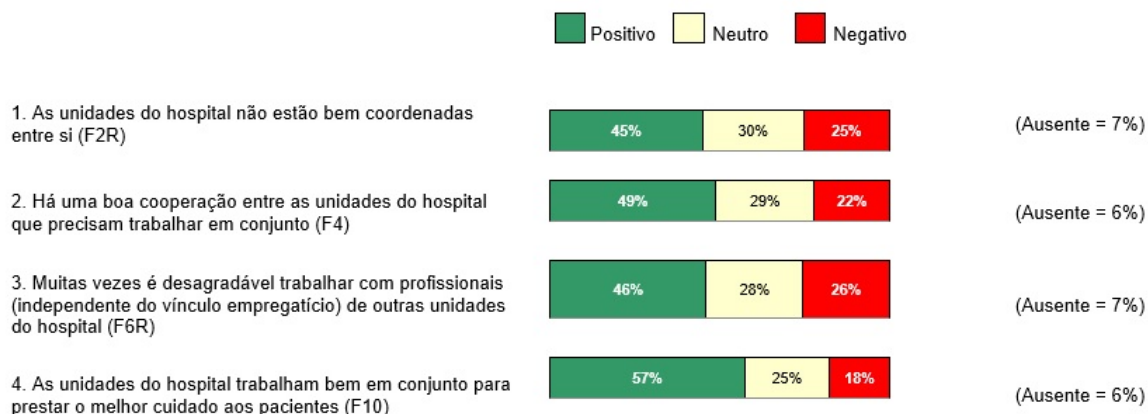
O item que obteve a menor valor de respostas positivas foi o F2R (as unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si) com 45%. Existe um sistema de interdependências entre as unidades para que o fluxo de pacientes possa fluir, de acordo com seu nível de gravidade. A descoordenação é um evento que causa algumas sequelas sistêmicas graves a unidade (Ex: Baixa rotatividade entre os leitos).

Com 46% de respostas positivas o item F6R {muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital}, demonstra que os servidores também possuem uma resistência de trabalhar com colegas de setores diferentes.

Mantendo a sequência de área frágil da segurança do paciente (conforme os anteriores), o item F4 (há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto) com 49% das respostas positivas. Este item deixa ainda mais explícito a necessidade de trabalho em conjunto, e obteve 22% de respostas negativas.

O item de maior alcance de respostas positivas nesse eixo foi o F10 (as unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes), obtendo 57%.

Gráfico 13 – Trabalho em equipe entre unidades



Elaboração própria

#### 3.1.1.5.4 Pessoal

A coleta de dados sobre os recursos humanos (pessoal) no hospital foi em sua totalidade apontada como área frágil da segurança do paciente, ou seja, os quatro itens avaliados estão categorizados desta forma.

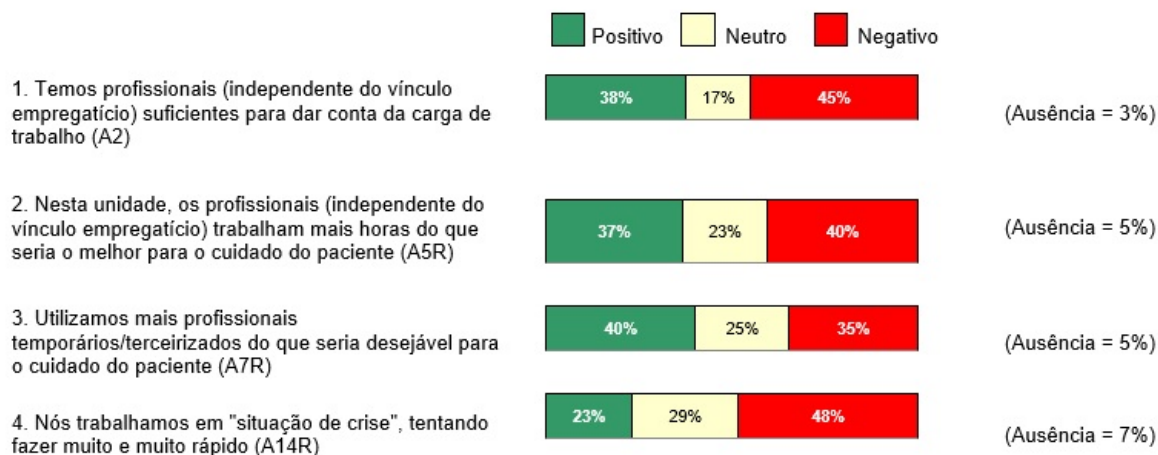
O item A14R (nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido) alcançou 23% de respostas positivas. A quantidade de respostas negativas foi mais que o dobro (48%). O fenômeno da superlotação pode ser uma das causas desse achado.

Com 37% de respostas positivas, o item A5R {nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente} também apresenta em seus achados 40% de respostas negativas. É uma característica nacional, que o profissional de saúde tenha múltiplos vínculos (mais de um emprego), e o impacto dessa carga horária extensa é expressada na relação com a (in)segurança do paciente.

Outro item de área frágil da segurança do paciente, o A2 {temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho} pontuou com 38% de respostas positivas e 45% de respostas negativas. Os trabalhadores apontam que o quantitativo de pessoal ainda é insuficiente para cumprir as demandas de trabalho.

O item com maior percentual de respostas positivas nesse eixo foi o A7R (utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente) com 40%. (Gráfico 14)

Gráfico 14 – Pessoal



Elaboração própria

### 3.1.1.5.5 Transferências e transições

Informações importantes sobre cuidados ao paciente são transferidas (relatadas) nas unidades hospitalares e durante as mudanças de turno. Esse eixo possui quatro perguntas sobre essa temática.

O item F11R (neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes) é o único que não se categoriza como item frágil da segurança do paciente no HGCA. As respostas positivas ficaram em 62% das obtidas. A quantidade de respostas negativas corresponde a 15%, ou seja, menos da metade, quando comparada aos outros três itens que compõem o eixo.

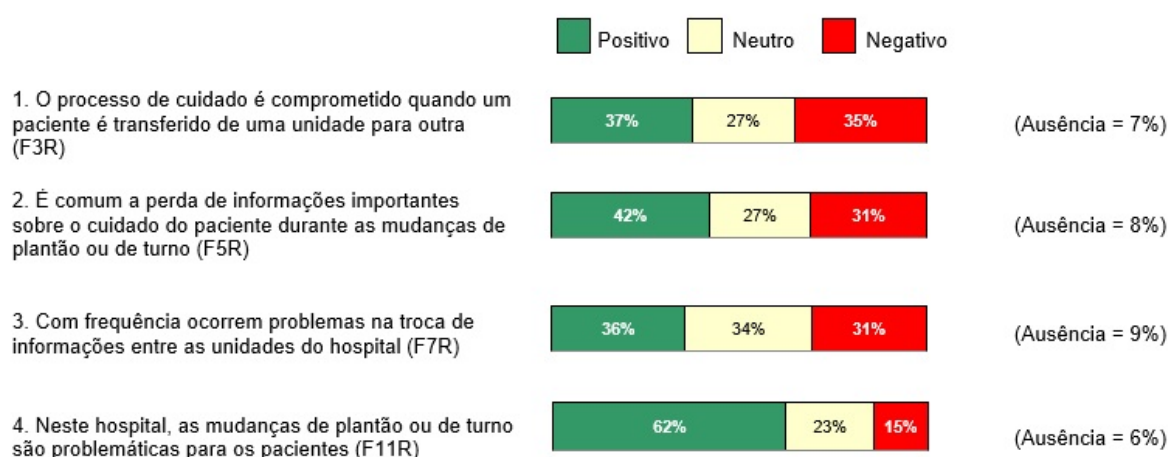
No item F5R (é comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno) foram 42% de respostas positivas. É um item frágil da segurança do paciente. A perda de informações nas passagens de plantão deve ser minimizada com o estabelecimento de padronizações nas transições.

Os trabalhadores assinalaram em 37%, com respostas positivas o item F3R (o processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra). A transferência de pacientes entre setores é algo comum no HGCA (dificilmente um paciente não é submetido a isso), devido o perfil de complexidade assistencial da unidade. Se o processo de cuidado está sofrendo interferências negativas a cada permuta, o efeito acumulativo (já que o paciente é transferido diversas vezes durante a evolução terapêutica) pode ser ainda mais grave..(Gráfico 15)

Obtendo o menor percentual de respostas positivas neste eixo, o item F7R (com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital) pontuou 36%. Também possui o maior valor de repostas negativas, 35% (Gráfico 15).

As tomadas de decisões sobre o que fazer no plantão são baseadas nas informações recebidas pelo profissional. Informações erradas conseqüentemente aumentam as chances de ações equivocadas.

Gráfico 15 – Transferências e transições



Elaboração própria

### 3.1.1.5.6 Resposta não punitiva ao erro

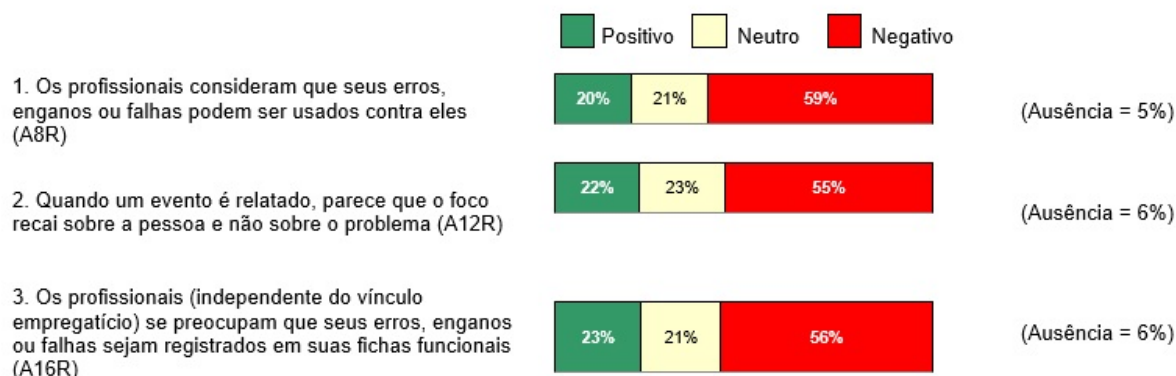
Dos doze eixos do questionário de segurança do paciente aplicado neste trabalho, este foi o que o HGCA obteve as piores porcentagens nos itens. Em todos os três itens, o quantitativo de respostas negativas foi superior ao somatório de respostas positivas e neutras. Esses três itens são frágeis da segurança do paciente na unidade.

De todos os itens pesquisados no trabalho, o A8R (os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles) foi o que apresentou a maior percentual de respostas negativas 59%. A maior parte dos respondentes sente que ao seu erro ser institucionalmente exposto, haverá uma consequência negativa sobre ele.

Com 56% de respostas negativas, o item A16R {Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais} expõe a preocupação dos trabalhadores que os eventos de erro dos mesmos, possam ser utilizados para “manchar” sua ficha funcional. (Gráfico 16)

O último item avaliado foi o A12R (quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema) que exhibe 55% de respostas negativas. Existe a tendência na unidade, de uma cultura punitiva ao erro (de acordo com as respostas coletadas).

Gráfico 16 – Resposta não punitiva ao erro



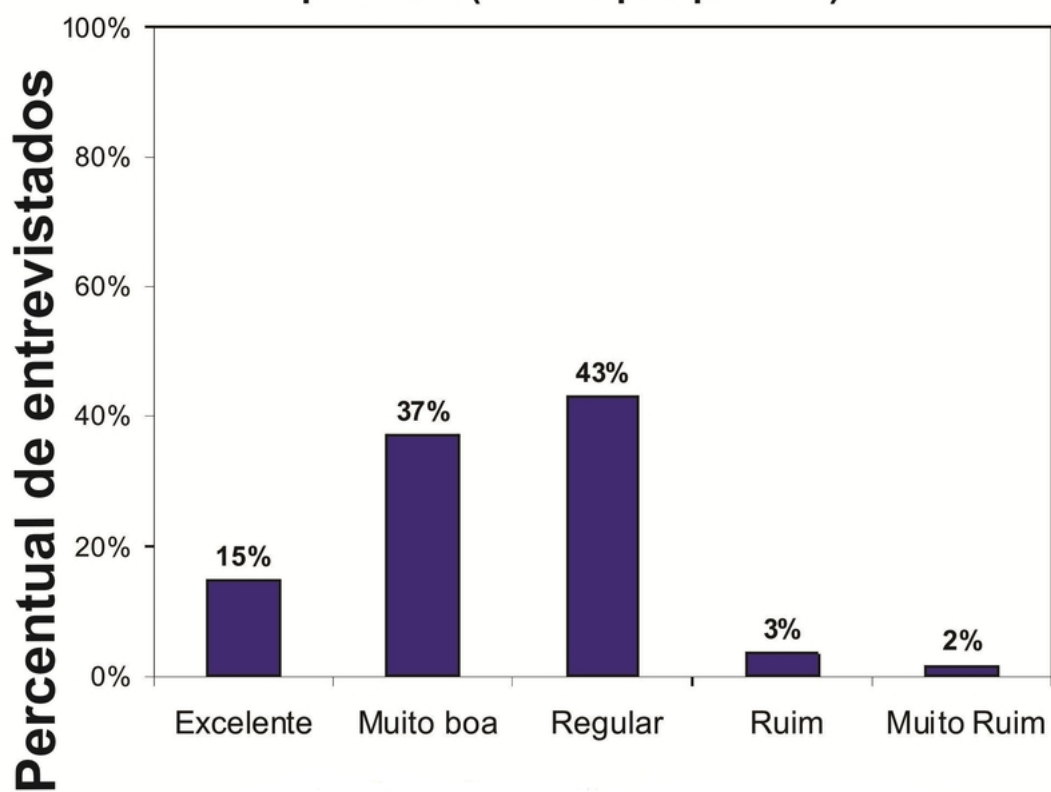
Elaboração própria

### 3.1.1.6 Grau de segurança do paciente

O Gráfico 17 representa a nota geral fornecida pelos respondentes no HGCA. Percebe-se que 43% aponta que nota geral da sua área de trabalho é regular. As porcentagens de respostas na categoria ruim e muito ruim são bem baixas, somadas ficam em 5%.

Gráfico 17 – Grau de segurança do paciente

**Por favor, dê à sua área de trabalho / unidade neste hospital uma nota geral sobre segurança do paciente. (Item de pesquisa E1)**



Nota:

1) Ausente = 10%

2) Falta refere-se à porcentagem de respondentes com dados perdidos.

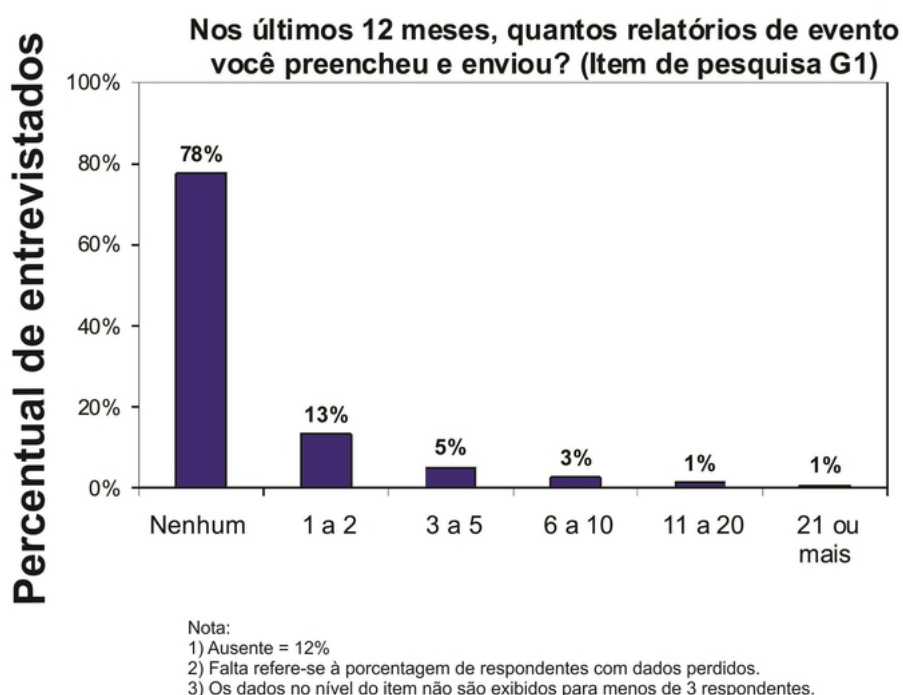
3) Os dados no nível do item não são exibidos para menos de 3 respondentes.

Elaboração própria

### 3.1.1.7 Número de eventos relatados

No Gráfico 18, está a representação gráfica do número de eventos relatados pelos respondentes. Quase 4/5 de todos os trabalhadores que preencheram o questionário (78%), não relataram nenhum evento adverso nos últimos 12 meses, na ficha de notificação criada pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) da unidade. A pergunta também teve uma porcentagem de ausência de respondentes de 12%. Apenas 1% dos servidores preencheram 11 a 20 e mais de 21 fichas preenchidas (provavelmente os integrantes ou ex-integrantes do NSP).

Gráfico 18 – Número de eventos relatados



Elaboração própria

### 3.1.2 Resultados comparativos

Nesta seção os dados coletados no HGCA serão comparados com o Banco de Dados Comparativo do Hospital (2018) - AHRQ.

#### 3.1.2.1 Resultados comparativos no nível composto

O Gráfico 19 demonstra a comparação da porcentagem de resposta positiva para cada área de cultura de segurança do paciente no HGCA comparada com os

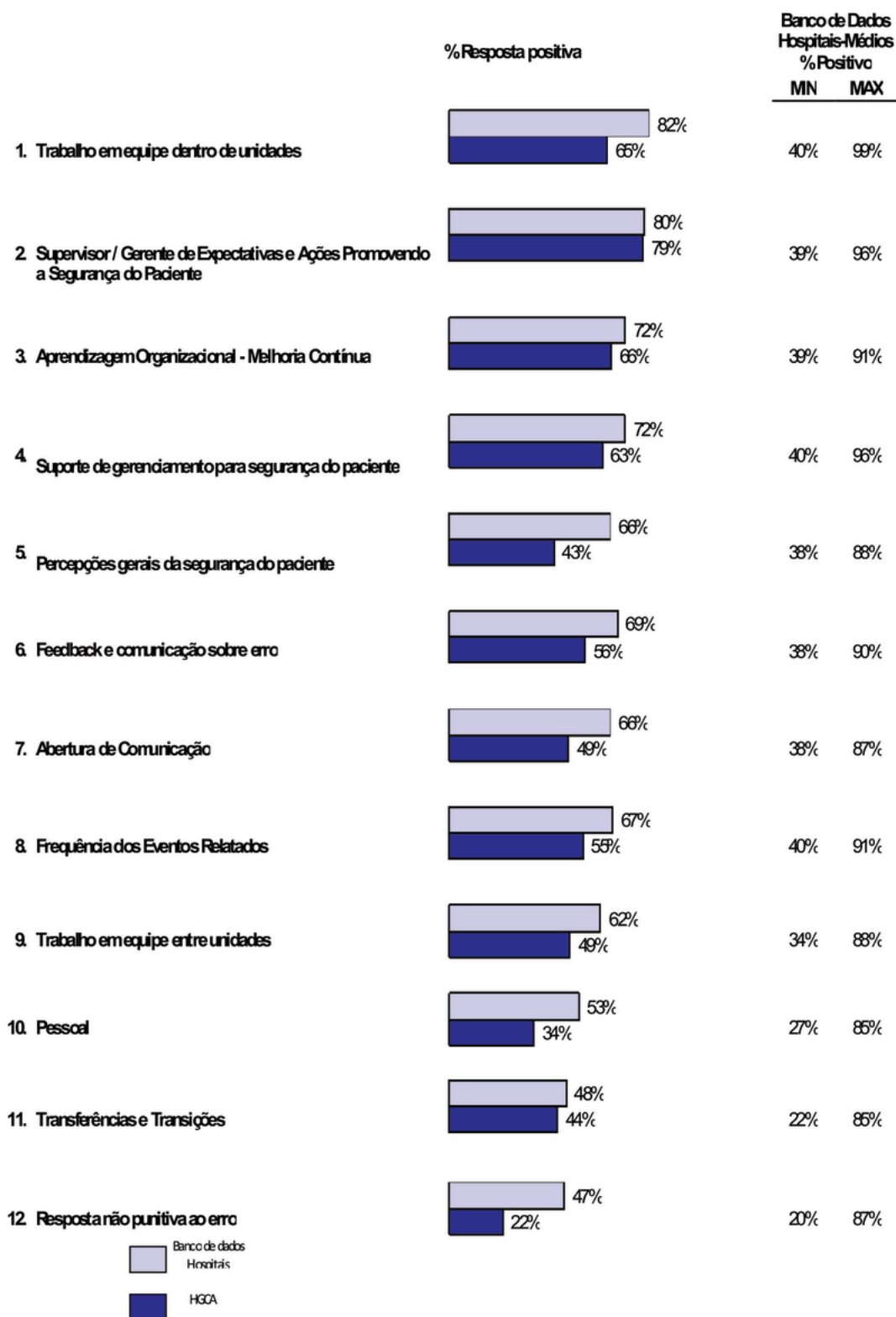


resultados comparativos do hospital (2018) - Banco de dados, para aquela área de cultura de segurança composta ou paciente.

Percebe-se que em todas as 12 dimensões da unidade hospitalar fica abaixo da média encontrada no banco de dados. Vale salientar que o nível de promoção da segurança de paciente pelos gestores foi de 79%. Esse achado foi muito próximo aos 80% da média mundial. Os treinamentos para as chefias imediatas devem continuar sendo realizados no HGCA.

Em nenhuma das dimensões, o HGCA apresentou porcentagens abaixo dos achados mínimos do banco de dados. Porém, a dimensão 12 (resposta não punitiva ao erro) fica com um delta de dois pontos percentuais positivos acima da média mínima. Esse achado é alarmante, porque uma política de segurança do paciente encontrou altas restrições para serem implantadas. Podemos exemplificar isso no quantitativo mínimo de preenchimento das fichas de não conformidades pelos servidores.

Gráfico 19 – Resultados de composição de nível



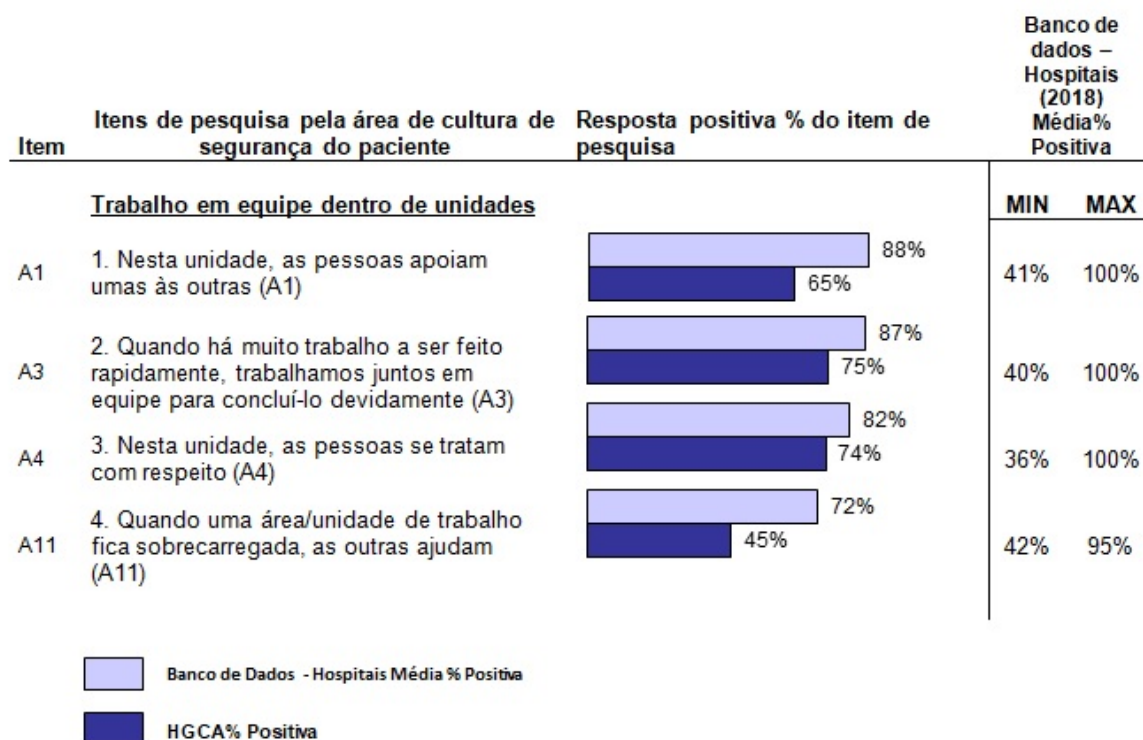
Nota: 1) Pontuações compostas não são calculadas quando qualquer item na composição tem menos de 3 respondentes; 2) Os resultados comparativos são baseados em dados de 630 hospitais incluídos no Relatório de Banco de Dados Comparativo da Pesquisa sobre Segurança do Paciente em 2018.

### 3.1.2.2 Resultados comparativos no nível de item

Essa seção apresenta gráficos de comparação da porcentagem de respostas positivas para cada pergunta no Hospital Geral Clériston Andrade em comparação com os resultados comparativos do Banco de Dados dos Hospitais (2018) - AHRQ para esse item.

Nos itens que levantam o cenário do trabalho em equipe dentro da unidade, percebe-se que todos estão abaixo da média do banco de dados. No item A4, se estabelece a menor diferença (8%) no comparativo, dessa forma o item de tratamento respeitoso entre os colegas alcançam os maiores scores. Com relação a um cenário de sobrecarga e a iminente necessidade de auxílio de outra unidade (A11), se diagnosticou uma porcentagem muito próxima (diferença de 3%) do mínimo apresentado no banco de dados. A estrutura hospitalar é uma engrenagem, necessitando que todas estejam em harmonia para que haja o cumprimento da missão. Se uma área necessita de auxílio e não recebe, todo o mecanismo vai sofrer consequências. Cabe ao gerenciamento implementar fluxos que estabeleçam essa retaguarda (ex: inclusão de mais profissionais diaristas, incremento de supervisões técnico-operacionais).

Gráfico 20 – Trabalho em equipe dentro das unidades

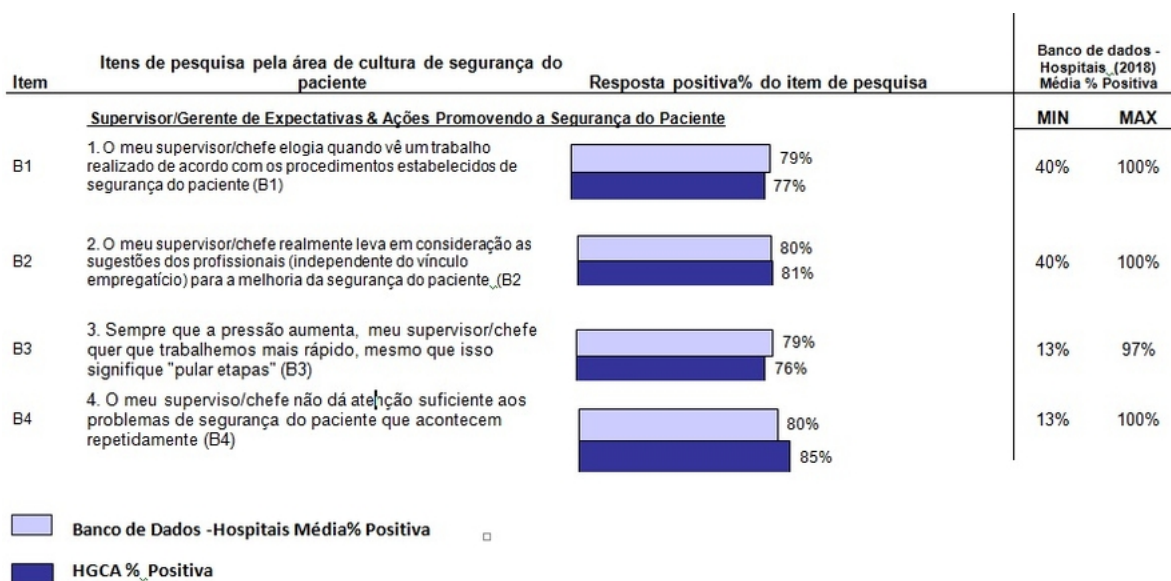


Elaboração própria

Os itens a seguir foram os melhores resultados comparativos entre o HGCA e o banco de dados. Dois itens alcançaram valores mais elevados: B2 e o B4. Num resul-

tado acima de 80% (81%), os trabalhadores da unidade afirmaram que seu superior realmente considera a sua sugestão para a melhoria da segurança do paciente. É importante ressaltar que o questionário deixa explícito que essa postura da chefia (no caso apontada como positiva) é independente do vínculo empregatício, já que nesta unidade existem múltiplas formas de contratação. O item que remete, a atenção dada pelo supervisor/chefia é suficiente, para com os problemas de segurança do paciente que acontecem de forma frequente na unidade, foi o mais elevado entre todos (ou seja, maior porcentagem entre todos os itens da pesquisa). Essa dedicação ao funcionamento da unidade, é também uma consequência da atenção centrada no paciente. Os liderados percebem que as chefias são proativas na tentativa de resolução dos problemas. Obviamente, dedicar boa vontade ao fato problemático não significa necessariamente resolvê-lo, existem limitações que uma unidade pública de gerenciamento direta possui (ex: estrutura física inadequada, ausência de alguns equipamentos, recursos humanos insuficientes e etc). Os itens B1 e B3 tiveram valores muito próximos da realidade encontrada na média do banco de dados.

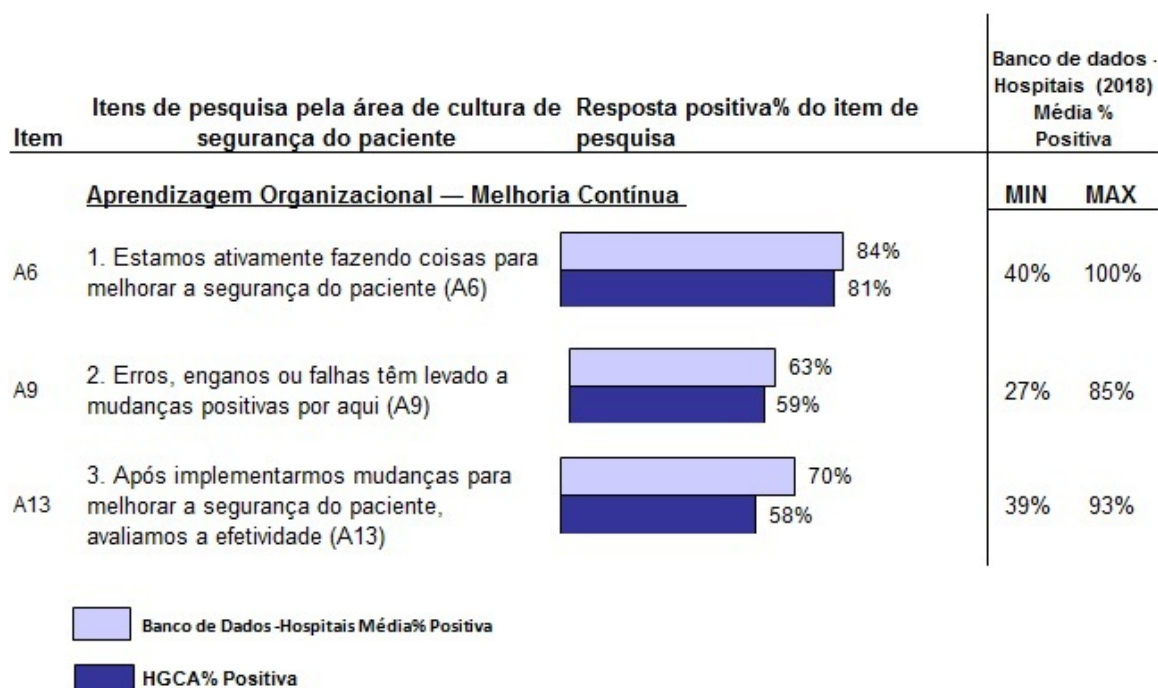
Gráfico 21 – Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviços que favorecem a segurança



Elaboração própria

No Gráfico 22, os itens A6 (diferença de 3 pontos percentuais) e A9 (diferença de 4 pontos percentuais) estão bem próximos dos valores encontrados nas médias do banco de dados. Já o item A13 se distancia em 12% da média geral. A avaliação da efetividade é um papel da equipe gestora, e além de ser executada pela mesma, deve ter seus resultados passados para todos os servidores da unidade.

Gráfico 22 – Aprendizagem organizacional — melhoria contínua



Elaboração própria

Dos três itens apresentados no comparativo da dimensão que avalia o suporte de gerenciamento, o F9R é o que mais se aproxima da média do banco de dados, com apenas 1% de diferença (para menos). Quando um evento adverso surge, a equipe deve se dedicar para repará-lo.

O item F8 aparece com 65% de respostas positivas, ficando 11 pontos percentuais da média do banco de dados 76%. Já o F1 configura como o item de maior distanciamento da média do banco de dados, com 17% a menos de respostas positivas. Sendo média mundial dos respondentes do questionário de 81%.

Gráfico 23 – Suporte de gerenciamento para segurança do paciente



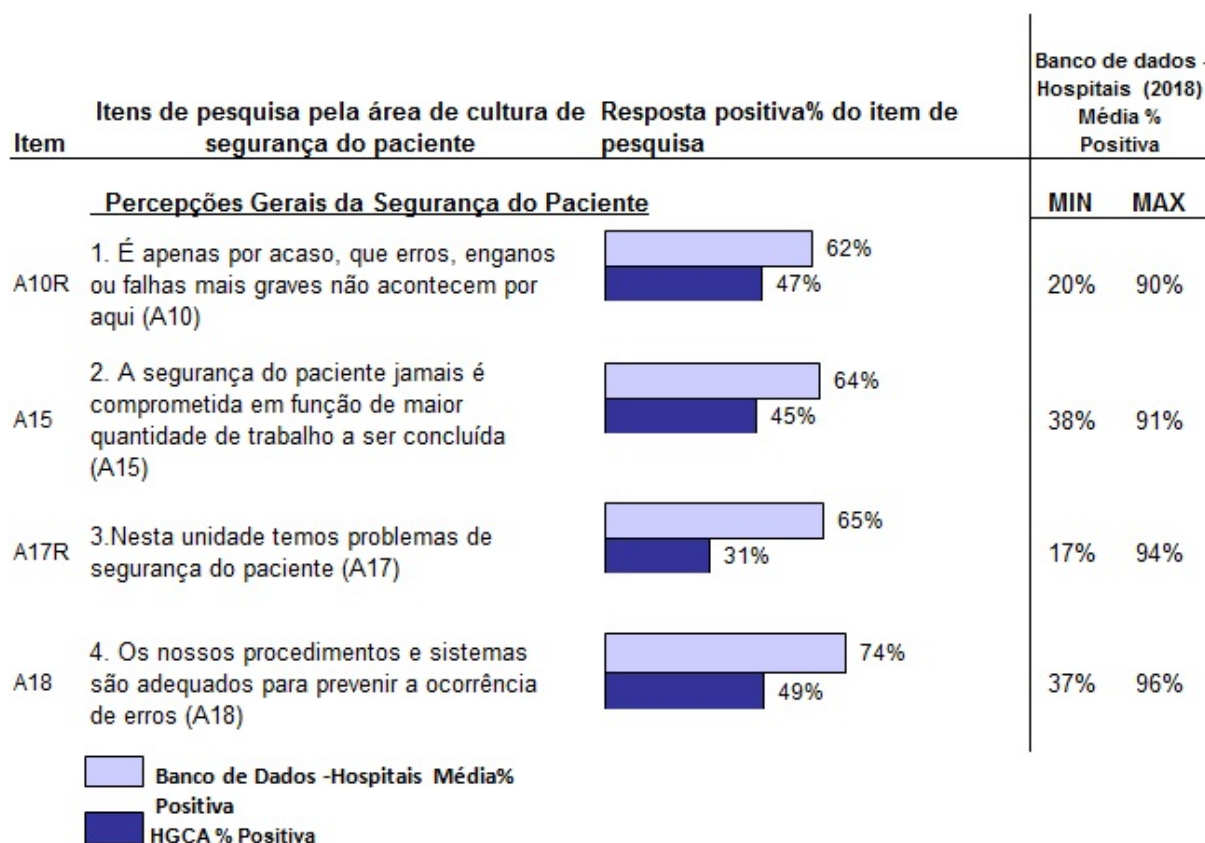
Elaboração própria

No eixo que discute as percepções gerais da segurança do paciente na unidade, são colocados quatro itens, todos eles pontuaram com respostas positivas abaixo da média do banco de dados. A menor diferença foi de 15% e a maior de 34%. Vale salientar que em nenhum dos itens, o banco de dados da AHRQ se categoriza como área frágil da segurança do paciente, mas no HGCA, todos são.

O item A10R apresentou com seus 47% de respostas positivas, uma diferença de 15% para os 62% do banco de dados. Esse foi o item com menor distanciamento da média. Com 19% de distanciamento da média temos o item A15 (45% para 64%).

Nos itens A18 (49%) e A17R (31%) a diferença para a média dos bancos de dados é alta e correspondem respectivamente a 25% e 34%. Vale salientar que a média do item A18 no banco de dados corresponde a 74% (muito próximo de se categorizar como área forte da segurança do paciente) e no HGCA é uma área frágil. A maioria das instituições no mundo (dos respondentes) estão com os procedimentos e sistemas sendo adequados para prevenir a ocorrência de erros. É uma sinalização forte para uma mudança interna na unidade.

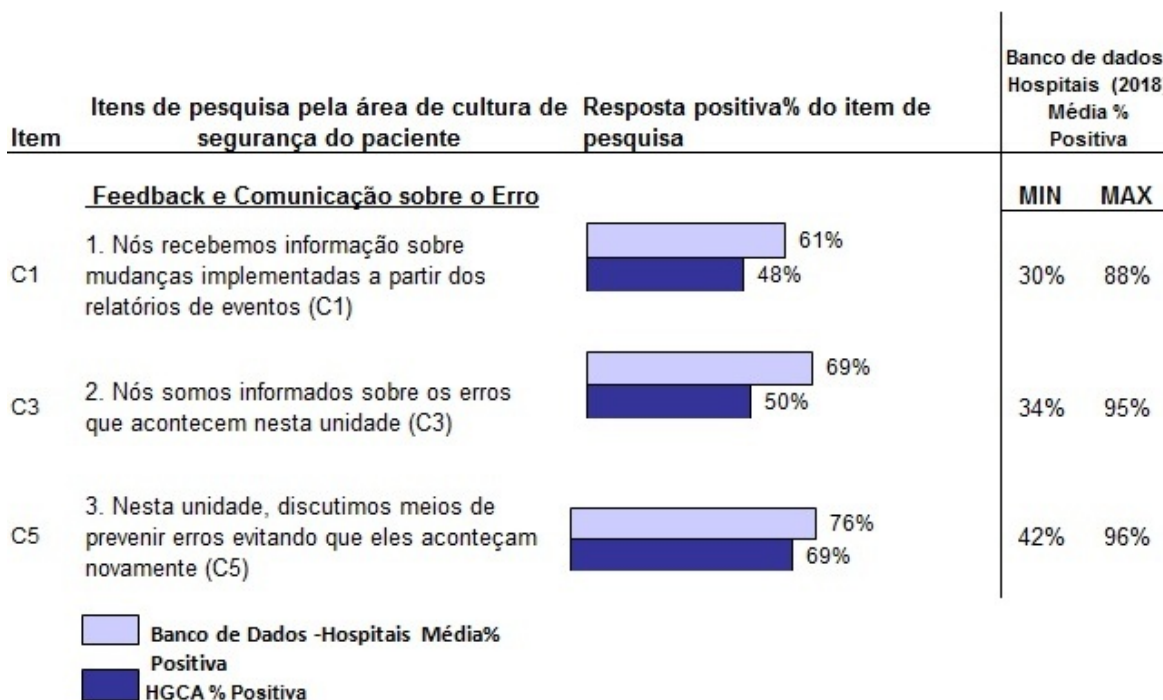
Gráfico 24 – Percepções gerais da segurança do paciente



Elaboração própria

Neste eixo sobre *feedback* e comunicação sobre o erro, temos o item C5 com 7% a menos de respostas positivas em relação à base de dados. Esse item está próximo de se tornar uma área forte da segurança do paciente e entrando nesta categoria, poderá alcançar margem que a maioria das instituições respondentes já alcançaram. Outras medidas de fomento das discussões podem ser implementadas. Provavelmente o NSP é o grande responsável na unidade, e o papel das instituições de ensino que atuam na unidade pode ser mais efetivo.

Gráfico 25 – Feedback e comunicação sobre o erro



Elaboração própria

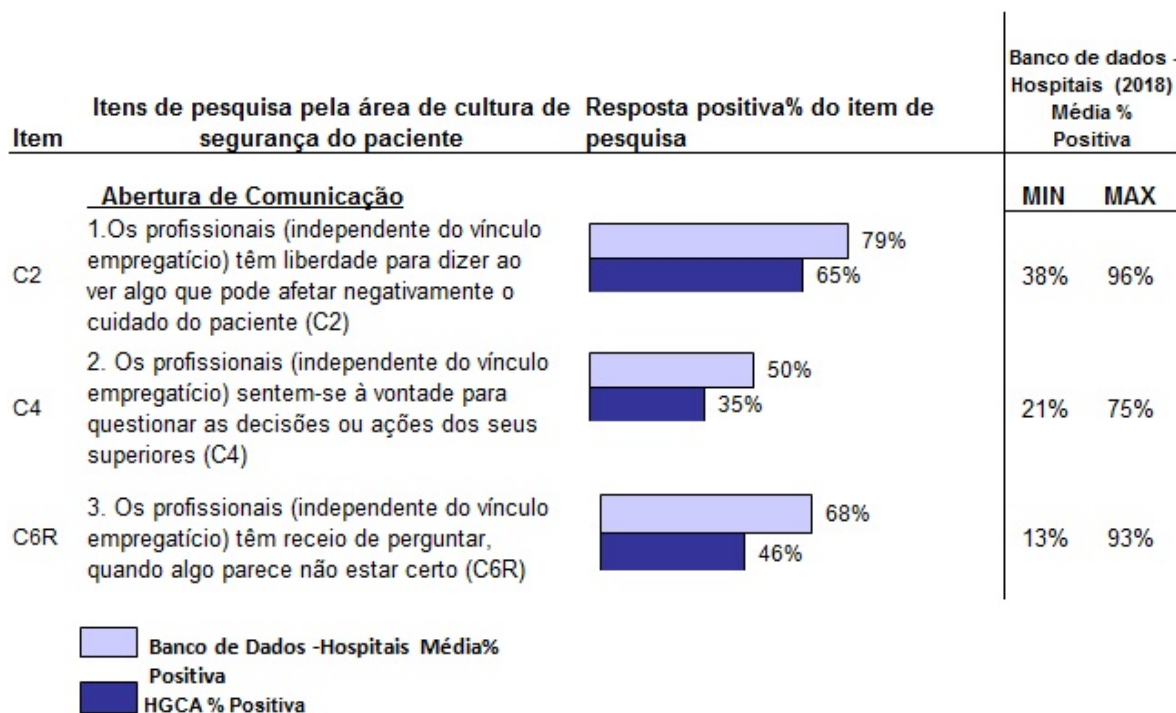
O Gráfico 26 apresenta os resultados encontrados sobre os itens que abordam a abertura de comunicação na instituição e o comparativo com o banco de dados mundial (dos respondentes). O melhor resultado ao nível mundial dos 3 itens avaliados, também foi o melhor resultado do HGCA. É uma referência ao item C2. Com 79% de respostas positivas no banco de dados, este item possui 14% a mais que o valor encontrado na unidade (65%).

O item C4 possui os menores valores de respostas positivas dentre os avaliados nesse eixo, tanto no HGCA como no banco de dados. Com 35% de respostas no HGCA e 50% no banco de dados, a diferença foi de 15% entre os mesmos.

Contendo a maior diferença percentual entre as respostas positivas, o item C6R do HGCA com 46% e o do banco de dados com 68%, se configura com 22% de delta.



Gráfico 26 – Abertura de comunicação



Elaboração própria

Os dados sobre a frequência de eventos relatados estão dispostos no Gráfico 27. No item D1, a diferença entre as respostas do HGCA e do banco de dados é de apenas 4%. Já no D2, a unidade pontua com 50% de respostas positivas e o banco de dados com a média de 63% (são 13% de diferença).

O item com maior distanciamento entre as médias, foi o D3. Vale salientar que este foi o único item em que a média do banco de dados está classificada com área forte da segurança do paciente. A diferença entre os mesmos foi de 19%.

Gráfico 27 – Frequência de eventos relatados



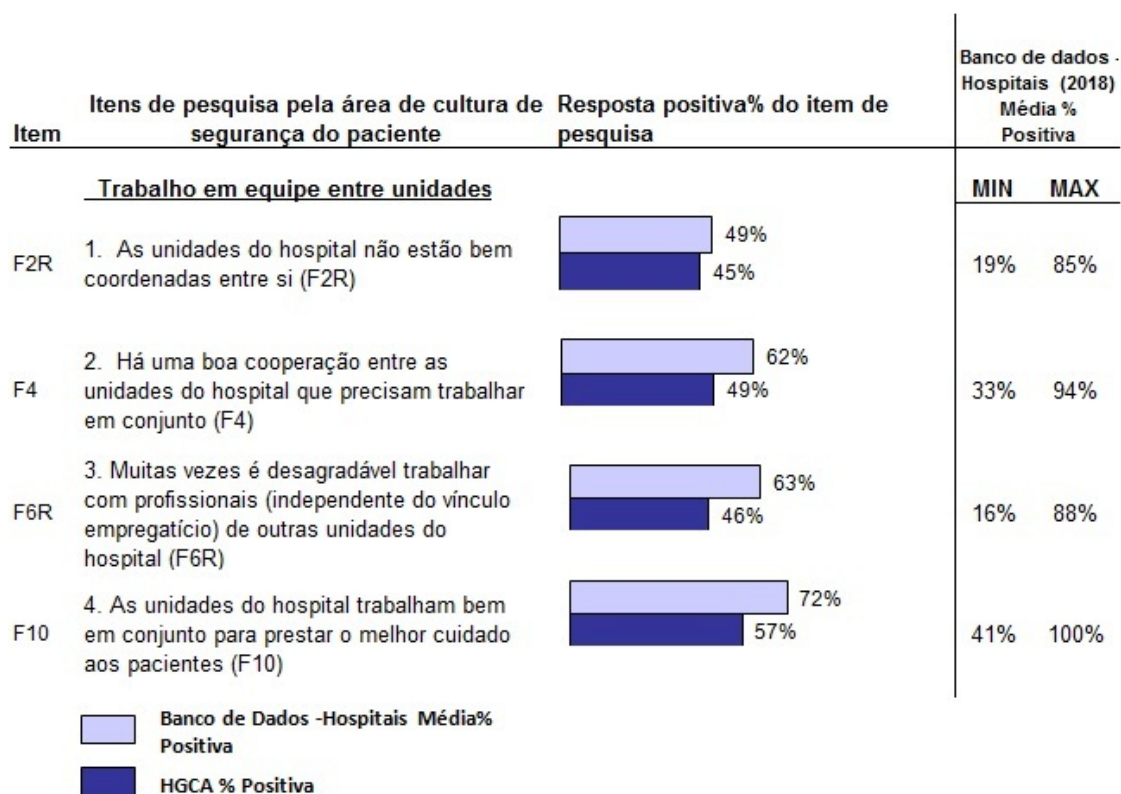
Elaboração própria

O gráfico comparativo que expõe os dados sobre o trabalho em equipe entre as unidades contém o item F2R no qual ambos os achados (HGCA e banco de dados) são rotulados como itens frágeis da segurança do paciente. O HGCA demonstrou 4% a menos de respostas positivas.

A diferença aumenta no item F4, quando a unidade com 49% e o banco de dados com 62%, ficou em 13% a dessemelhança entre eles.

O item com o maior distanciamento entre os percentuais encontrados neste eixo foi o F6R (17%). O HGCA apesar de estar como item frágil da segurança do paciente com 46%, teve uma quantidade de respostas positivas de cerca de três vezes mais que os achados mínimos do banco de dados (16%). O último item foi o que alcançou os maiores valores, tanto no HGCA (57%) como no banco de dados (72%). Entre eles a diferença foi de 15%.

Gráfico 28 – Trabalho em equipe entre unidades



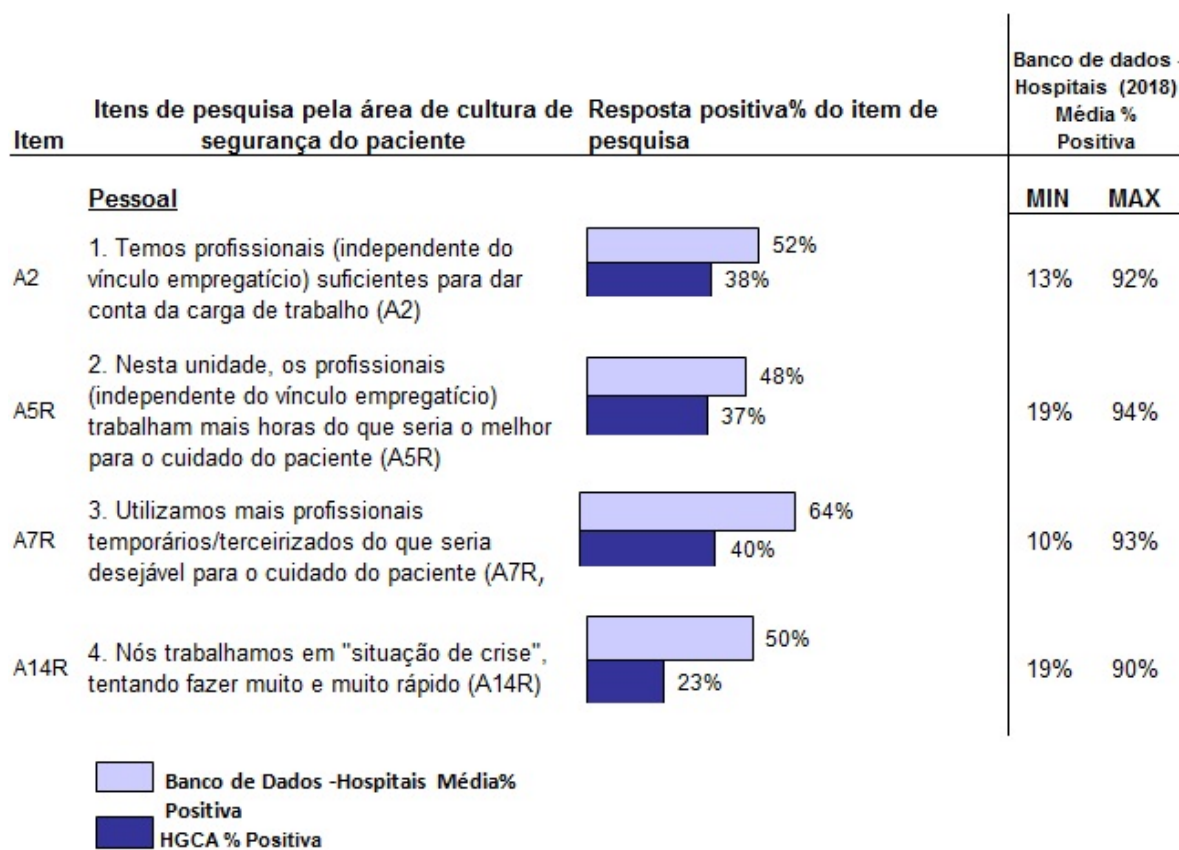
Elaboração própria

No gráfico 29, a exposição de dados sobre os recursos humanos (pessoal), demonstra que nesse eixo, surgiram os menores valores de respostas positivas mínimas no banco de dados, entre todos os eixos estudados na pesquisa, com uma sequência: A2 = 13%; A5R = 19%, A7R = 10% e A14R = 19%.

Com cerca de três vezes mais respostas positivas que a mínima encontrada no banco de dados, o item A2 alcançou 38% de respostas positivas, sendo 14% abaixo da média encontrada no banco de dados. O item A5R ficou muito próximo no número de respostas positivas (com 37%), ficando a 11% de diferença para os 48% encontrados no banco de dados.

A margem de distanciamento nos itens A7R e A14R foram bem maiores comparadas aos itens anteriores. A diferença foi de 24% e 27%, respectivamente. Vale salientar que o item A14R que pergunta se o trabalho na unidade é realizado em “situação de crise” (a ideia é muito próxima do termo “apagando fogo”), onde os funcionários tentam fazer muito e muito rápido, recebeu 23% de respostas positivas, ficando muito próximo do percentual encontrado na mínima do banco de dados (19%).

Gráfico 29 – Pessoal



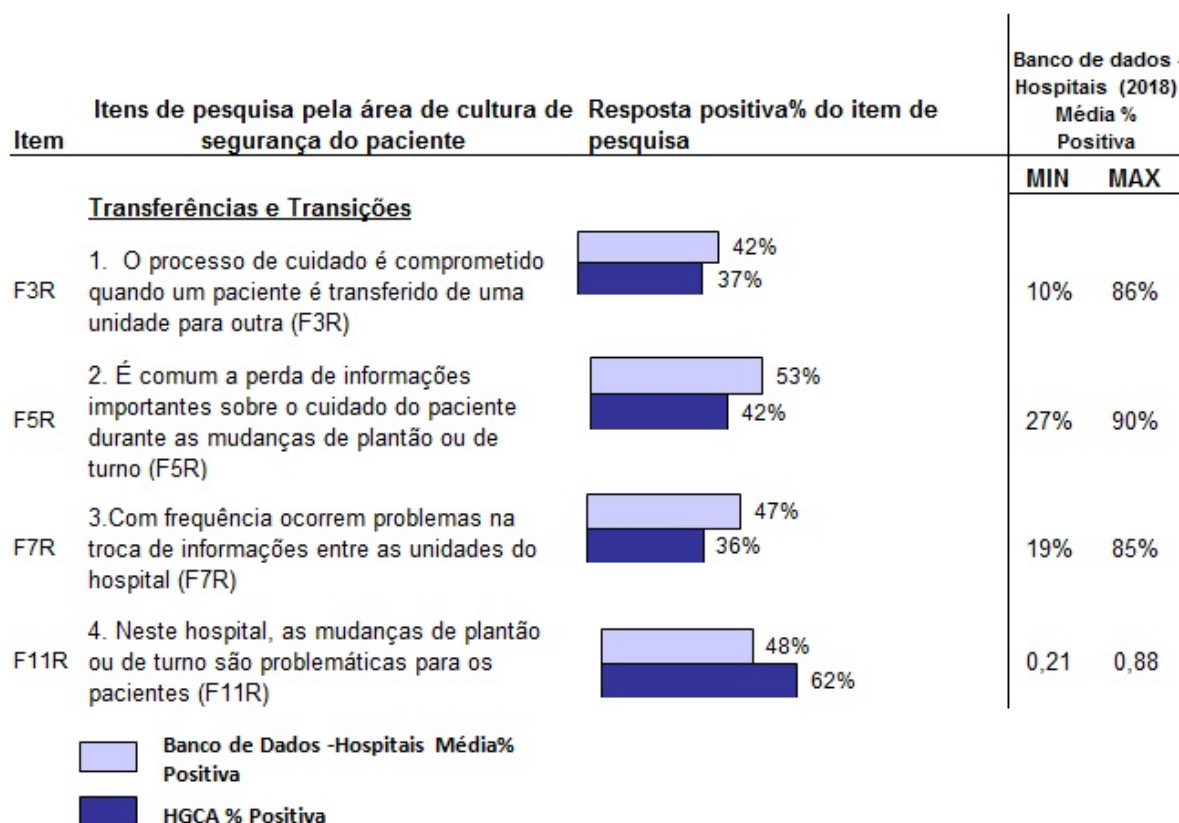
Elaboração própria

No Gráfico 30 são apresentadas respostas sobre transferências/transições das unidades, não havendo itens fortes da segurança do paciente, nem no banco de dados da AHRQ, nem nos achados do HGCA. O item de menor percentual de diferença entre os dois foi o F3R com um distanciamento de 5%.

Empatados com 11% de diferença (para o banco de dados) para menos em respostas positivas os itens F5R e F7R.

Os achados do item F11R são favoráveis, pois, estão com 14 pontos percentuais acima da média encontrada na base de dados da AHRQ 2018.

Gráfico 30 – Transferências e transições



Elaboração própria

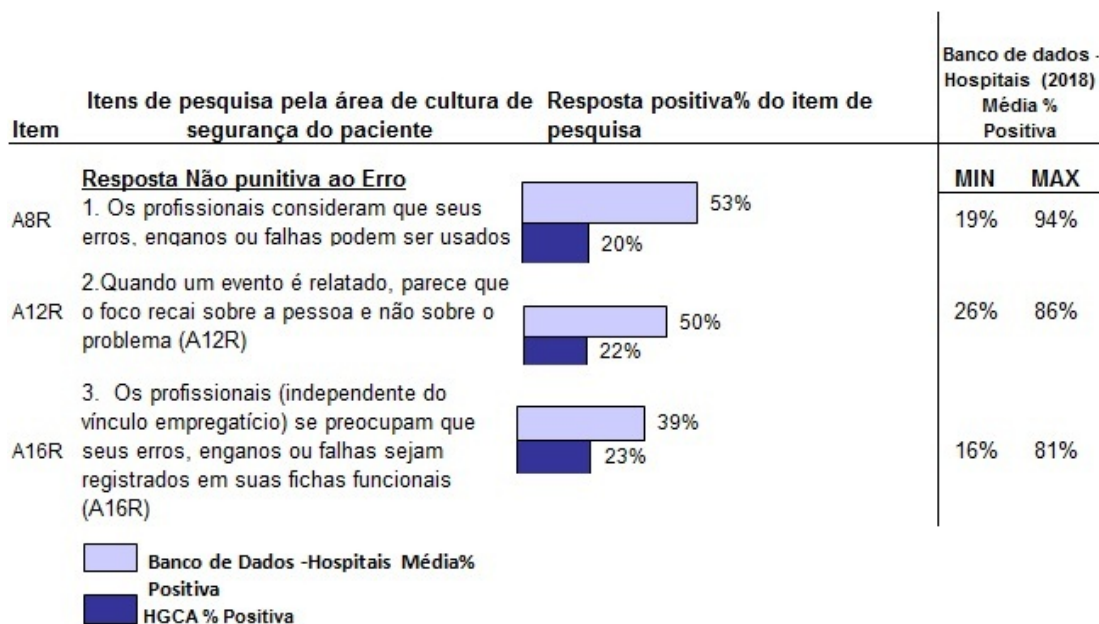
Nesta última dimensão avaliada, as respostas positivas do HGCA foram as mais próximas dos percentuais mínimos encontrados na base de dados da ARHQ.

O item de maior distanciamento da média do banco de dados foi o A8R com 33% a menos de respostas positivas (ele ficou apenas 1% acima da média mínima).

Mantendo a linha de respostas positivas baixas e a diferença alta para a média do banco de dados, no item A12R seus 22% de respostas comparadas com os 50% do banco de dados, criam um delta de 28% entre os mesmos. A diferença para o menor percentual encontrado no banco de dados foi de 4% abaixo.

O item A16R foi o que alcançou o maior percentual de respostas positivas nessa dimensão (23%), ficando com 16% a menos, em comparação com o banco de dados (39%). A diferença entre o percentual mínimo encontrado no banco de dados para os achados do HGCA é de 7%.

Gráfico 31 – Resposta não punitiva ao erro



Elaboração própria

### 3.1.2.3 Avaliação dos resultados comparativos do grau de segurança do paciente

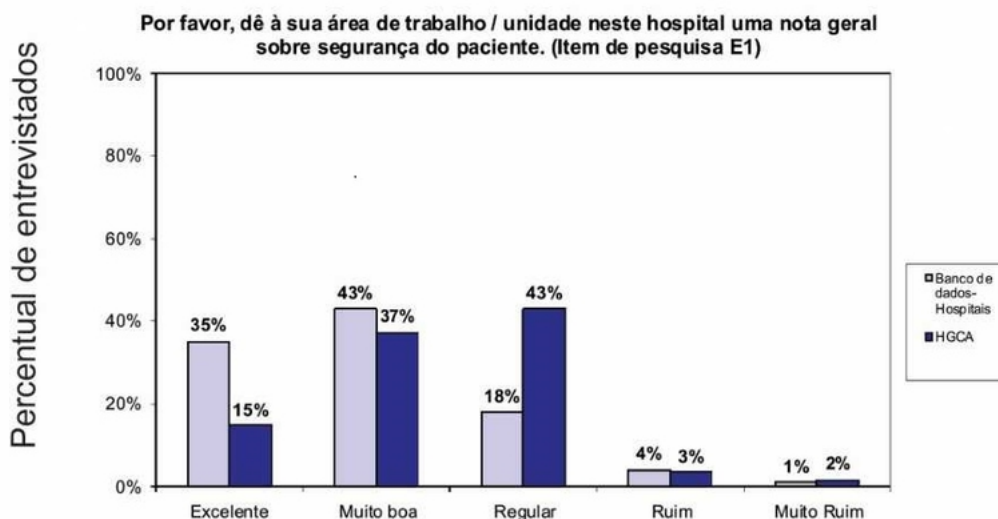
O Gráfico 32 demonstra a comparação dos resultados do HGCA no grau de segurança do paciente na sua área de trabalho, com o banco de dados dos hospitais (2018) - AHRQ. Neste gráfico, as categorias “ruim” e “muito ruim” tiveram um quantitativo de respostas baixas, tanto no banco de dados, como HGCA. O somatório das duas categorias no HGCA é igual a 5% (isso se repete no banco de dados da AHRQ, apesar da diferença nos valores das categorias).

A escala mais discrepante no aspecto comparativo entre as avaliadas foi a “regular”. O HGCA obteve 43% de afirmativas de que o grau de segurança geral da área de trabalho do respondente estaria neste nível. Já a média do banco de dados é bem mais baixa, com 18%. (Gráfico 32)

Houve uma concentração de respostas na escala “muito boa” tanto no HGCA como no banco de dados. Com 37% das respostas, o HGCA fica muito próximo dos valores encontrados na base (43%). Culminando em uma diferença para menos, de 6%.

Já na escala “excelente”, a unidade fica muito atrás da média encontrada no banco de dados (35%). O percentual de 15% equivale a 42,8% (bem menos da metade) da média mundial (dos respondentes).

Gráfico 32 – Grau de segurança do paciente



Nota: 1) Os dados do nível do item não são exibidos se houver menos de 3 respondentes; 2) Os resultados comparativos são baseados em dados de 630 hospitais incluídos no Relatório de Banco de Dados Comparativo da Pesquisa sobre Segurança do Paciente em 2018.

Elaboração própria

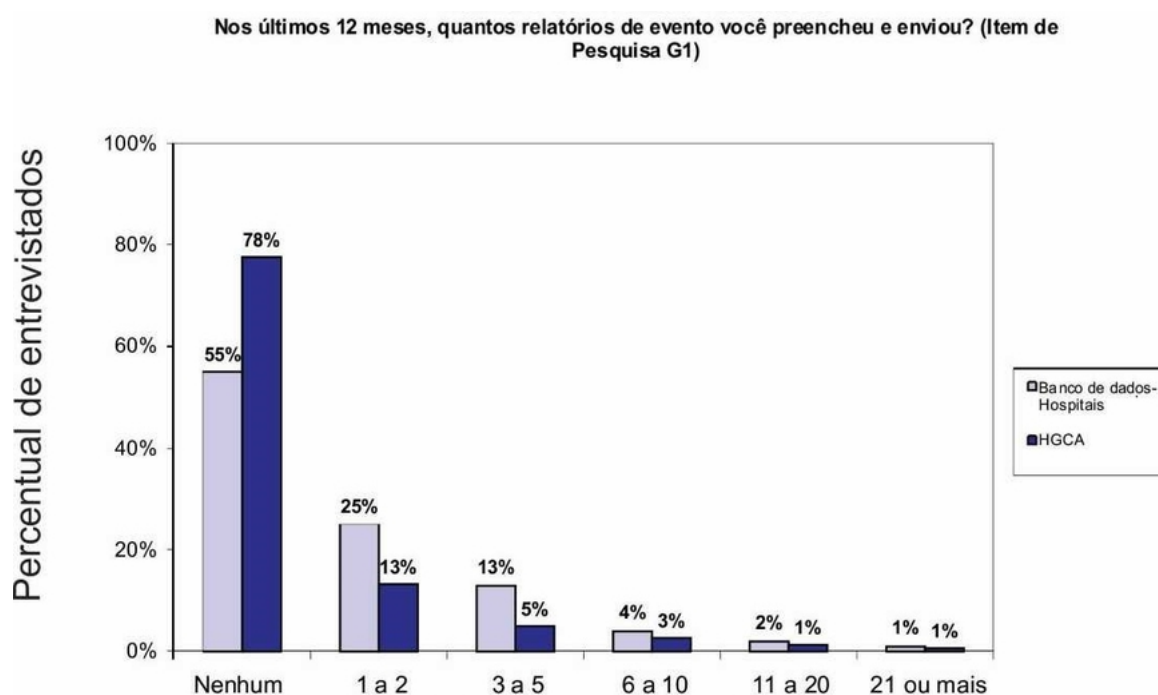
#### 3.1.2.4 Número de eventos relatados - resultados comparativos

O Gráfico 33 apresenta o comparativo entre os resultados do HGCA e do banco de dados da ARQH (2018) para o número de eventos relatados (nos últimos 12 meses). Houve uma concentração de respostas na afirmativa, de que o funcionário, nunca relatou sobre eventos adversos na sua unidade. A quantidade no HGCA foi bem elevada (78%), chegando a ficar 23 pontos percentuais acima da média do banco de dados (55%). (Gráfico 33)

Houve uma diminuição drástica nos percentuais das respostas após a primeira coluna. Na coluna que demonstra a informação (1 a 2 relatórios preenchidos), o HGCA apresenta 13% do total, enquanto o banco de dados fica com 25%. Nas colunas de 3 a 5, o HGCA apresentou 5% e o banco de dados 13%. A tendência de diminuição permanece, e na coluna de 6 a 10 o HGCA exibe 3% de respostas, ao passo que o banco de dados está com 4%. (Gráfico 33)

A penúltima coluna, que corresponde ao preenchimento de 11 a 20 relatórios nos últimos 12 meses, revela índices ainda mais baixos, ficando o HGCA com 1% dos respondentes e o banco de dados com 2%. Na última coluna, o hospital e o banco de dados possuem o mesmo percentual, que é de 1%.(Gráfico 33)

Gráfico 33 – Número de eventos relatados



Nota: 1) Os dados do nível do item não são exibidos se houver menos de 3 respondentes;  
2) Os resultados comparativos são baseados em dados de 630 hospitais incluídos no Relatório de Banco de Dados Comparativo da Pesquisa sobre Segurança do Paciente em 2018.

Elaboração própria

### 3.1.3 Resultados comparativos por interação com o paciente

Passa-se a comparar agora o resultado encontrado do HGCA com os resultados comparativos do hospital por interação com pacientes.

#### 3.1.3.1 Resultados comparativos no nível composto (por interação com pacientes)

Na Tabela 7 estão apresentadas as repostas dos 677 trabalhadores que responderam se eles tinham “interação direta” ou “sem interação direta” com os pacientes. O



objetivo da análise é comparar a diferença percentual entre os mesmos e também entre o banco de dados da ARQH, com relação às 12 dimensões que compõe o questionário.

Na totalidade dos dados, a média de respostas positivas das 12 dimensões para o servidor que interage diretamente com o paciente foi de 53%, enquanto o que não interage foi de 51%. É bem sutil a diferença de percentual entre eles. O hospital parece manter um equilíbrio nas opiniões desses dois grupos. Contudo, o grupo com interação direta está em ligeira vantagem (2% a mais) na maturidade da cultura de segurança do paciente. Analisando os dados do banco de dados, temos uma situação inversa. Apesar de a média geral de respostas positivas serem maiores (com interação ficou com 65% e sem interação com 68%), o nível de maturidade na cultura é um pouco mais elevado (3% a mais).

Vale salientar que apenas na dimensão “trabalho em equipe entre unidades”, o grupo de servidores que não interagem com o paciente, alcançou o percentual de respostas positivas maior.

**Tabela 7 – Resposta positiva média comparativa% do composto por interação de respondentes com pacientes**

	Banco de Dados-Hospital		HGCA	
	Interação com Pacientes			
Compostos de cultura de segurança do paciente	COM interação direta	SEM interação direta	COM interação direta	SEM interação direta
# Respondentes	277.498	80.059	503	174
1. Trabalho em equipe dentro de unidades	82%	83%	66%	62%
2. Supervisor / Gerente de Expectativas e Ações Promovendo a Segurança do Paciente	79%	83%	81%	79%
3. Aprendizagem Organizacional - Melhoria Contínua	72%	74%	67%	66%
4. Suporte de gerenciamento para segurança do paciente	70%	79%	63%	63%
5. Percepções gerais da segurança do paciente	66%	70%	44%	40%
6. Feedback e comunicação sobre erro	68%	73%	57%	57%
7. Abertura de Comunicação	65%	69%	51%	47%
8. Frequência dos Eventos Relatados	66%	70%	54%	54%
9. Trabalho em equipe entre unidades	61%	64%	48%	50%
10. Pessoal	54%	53%	35%	34%
11. Transferências e Transições	49%	44%	46%	40%
12. Resposta não punitiva ao erro	47%	51%	22%	22%
<b>Média entre os compósitos</b>	<b>65%</b>	<b>68%</b>	<b>53%</b>	<b>51%</b>

Elaboração própria

### 3.1.3.2 Grau de segurança do paciente e número de eventos relatados (por interação com pacientes)

Em seguida estão tabelas de comparação, separadas de seus resultados sobre o grau de segurança do paciente e o número de eventos relatados pela interação com pacientes.

Com relação à nota geral da segurança do paciente da unidade, e a interação com o paciente, o equilíbrio entre os percentuais de resposta é visível. No item mais assinalado (regular), ambos ficaram com 44%. Houve igualdade também no item “excelente” nos 14%.

No item que opina como “muito boa” a segurança do paciente na unidade, é

válido citar que nele, ocorre o único momento no qual os servidores que não interagem com os pacientes assinalam em maior percentual para a afirmativa. Neste item também, os respondentes do banco de dados confirmam em 43% (ambos) suas marcações. As opiniões nos itens D (ruim) e E (muito ruim), são bem similares nos seus achados.

**Tabela 8 – Percentual de respondentes que dão à área de trabalho / Unidade um grau de segurança do paciente pela posição do pessoal respondente**

		Banco de Dados Hospital		HGCA	
		Interação com Pacientes			
Área de Trabalho / Grau de Segurança do Paciente da Unidade		COM interação direta	SEM interação direta	COM interação direta	SEM interação direta
<i>Respondentes</i>		277.498	80.059	503	174
A	Excelente	34%	40%	14%	14%
B	Muito boa	43%	43%	36%	40%
C	Regular	18%	15%	44%	44%
D	Ruim	4%	2%	4%	2%
E	Muito ruim	1%	0%	2%	0%

Elaboração própria

A Tabela 9 exibe a grande concentração de respostas nos itens de nenhum relato de eventos e de 1 a 2 eventos em ambos os grupos (com interação direta e sem interação direta), tanto no HGCA como no banco de dados. Mesmo com percentuais diferentes, apenas em 2 itens, o grupo SEM interação direta com o paciente possui maior percentual de respostas (“nenhum” e “11 a 20 eventos”) igualmente no HGCA e banco de dados da ARQH. Essa tabela demonstra a aproximação que os achados do HGCA em Feira de Santana têm com a média da realidade mundial dos respondentes.

**Tabela 9 – Porcentagem comparativa de respondentes relatando eventos nos últimos 12 meses pela posição do pessoal respondente**

Área de Trabalho / Grau de Segurança do Paciente da Unidade	Banco de dados		HGCA	
	Interação com Pacientes			
	COM interação direta	SEM interação direta	COM interação direta	SEM interação direta
<i>Respondentes</i>	277.498	80.059	503	174
<b>Nenhum</b>	51%	69%	76%	81%
<b>1 a 2 eventos</b>	28%	14%	15%	9%
<b>3 a 5 eventos</b>	14%	8%	5%	6%
<b>6 a 10 eventos</b>	4%	4%	3%	1%
<b>11 a 20 eventos</b>	2%	3%	1%	2%
<b>21 eventos ou mais</b>	1%	2%	0%	1%

Elaboração própria

### 3.1.4 Resultados comparativos por duração da ocupação na unidade

A seguir são comparados os resultados do HGCA com os resultados do banco de dados por duração da ocupação na unidade.

#### 3.1.4.1 Resultados comparativos no nível composto (por duração da ocupação na unidade)

Apresenta-se uma tabela comparativa da porcentagem de resposta positiva para cada área de cultura de segurança do paciente no HGCA por duração da ocupação na Unidade comparada com os Resultados Comparativos do Hospital por duração da ocupação em Unidade para esse composto ou paciente área de cultura de segurança.

Em todas as médias dos compósitos, o HGCA ficou abaixo da média do banco de dados mundial. Na média entre compósitos, os funcionários que estão vinculados ao hospital por menos de um ano tiveram uma pequena vantagem quando comparados aos demais, demonstrando equilíbrio, independente da duração na ocupação no HGCA.

**Tabela 10 – Porcentagem média comparativa% de respostas positivas por nível de respondente na unidade (Página 1 de 2)**

Composição de cultura de segurança do paciente	Duração da ocupação						
	Conjunto de dados	Menos de 1 ano	1 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos	21 Years ou mais
<i>Banco de dados: Respondentes</i>	332.874	56.984	135.427	57.370	35.666	22.113	25.314
<i>HGCA: Respondentes</i>	717	230	238	152	50	20	27
<b>1. Trabalho em equipe dentro de unidades</b>	<i>Banco de dados</i>	86%	82%	81%	82%	83%	84%
	<i>HGCA</i>	66%	65%	64%	64%	75%	57%
<b>2. Supervisor / Gerente de Expectativas e Ações Promovendo a Segurança do Paciente</b>	<i>Banco de dados</i>	84%	79%	78%	79%	80%	82%
	<i>HGCA</i>	82%	81%	79%	75%	80%	71%
<b>3. Aprendizagem Organizacional - Melhoria Contínua</b>	<i>Banco de dados</i>	74%	72%	72%	73%	74%	76%
	<i>HGCA</i>	67%	69%	67%	59%	72%	59%
<b>4. Suporte de gerenciamento para segurança do paciente</b>	<i>Banco de dados</i>	78%	71%	70%	72%	73%	77%
	<i>HGCA</i>	67%	63%	59%	60%	67%	51%
<b>5. Percepções gerais da segurança do paciente</b>	<i>Banco de dados</i>	71%	65%	65%	66%	67%	70%
	<i>HGCA</i>	45%	42%	44%	35%	51%	40%
<b>6. Feedback e comunicação sobre erro</b>	<i>Banco de dados</i>	75%	68%	67%	68%	69%	69%
	<i>HGCA</i>	60%	57%	52%	54%	54%	48%

Elaboração própria

**Tabela 11 – Porcentagem média comparativa% de respostas positivas por nível de respondente na unidade (Página 2 de 2)**

Composição de cultura de segurança do paciente	Duração da ocupação						
	Conjunto de dados	Menos de 1 ano	1 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos	21 Years ou mais
<i>Banco de dados: Respondentes</i>	332.874	56.984	135.427	57.370	35.666	22.113	25.314
<i>HGCA: Respondentes</i>	717	230	238	152	50	20	27
<b>7. Abertura de Comunicação</b>	<i>Banco de dados</i>	70%	64%	64%	66%	67%	68%
	<i>HGCA</i>	49%	49%	51%	46%	46%	41%
<b>8. Frequência dos Eventos Relatados</b>	<i>Banco de dados</i>	70%	66%	67%	67%	68%	69%
	<i>HGCA</i>	54%	56%	55%	57%	61%	59%
<b>9. Trabalho em equipe entre unidades</b>	<i>Banco de dados</i>	68%	60%	60%	61%	64%	66%
	<i>HGCA</i>	54%	48%	45%	50%	40%	51%
<b>10. Pessoal</b>	<i>Banco de dados</i>	56%	53%	54%	54%	55%	56%
	<i>HGCA</i>	34%	37%	32%	30%	29%	30%
<b>11. Transferências e Transições</b>	<i>Banco de dados</i>	54%	47%	46%	46%	48%	48%
	<i>HGCA</i>	47%	43%	43%	48%	34%	38%
<b>12. Resposta não punitiva ao erro</b>	<i>Banco de dados</i>	48%	48%	48%	49%	48%	52%
	<i>HGCA</i>	19%	21%	23%	22%	30%	27%
<b>Média entre os compósitos</b>	<i>Banco de dados</i>	70%	65%	64%	65%	66%	68%
	<i>HGCA</i>	54%	53%	51%	50%	53%	48%

Elaboração própria

## 3.2 Discussão

O HGCA é uma unidade de referência em urgência e emergência para os municípios baianos. Os resultados encontrados na pesquisa apontam para um recorte da realidade organizacional. Esses achados podem se tornar uma referência para pesquisadores, que procuram informações sobre cultura de segurança do paciente na Bahia e/ou Região Nordeste.

Os achados comprovam o pressuposto de que a cultura de segurança do paciente no HGCA está em nível imaturo, repercutindo negativamente nas tentativas de implementação de ações voltadas ao aumento da segurança do paciente.

Com relação às 12 dimensões avaliadas neste trabalho, seus resultados concordam com alguns trabalhos previamente publicados por pesquisadores nos mais diversos países. A discussão dos achados vai se concentrar em encontrar similaridades, pois os contrastes e diferenças são abundantes, isso porque, cada organização tem seu grau de maturidade na cultura de segurança do paciente.

### 3.2.1 Dimensões

A dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades” desta pesquisa obteve média de respostas positivas semelhante ao estudo realizado nos hospitais afiliados à Universidade de Ciências Médicas de Mazandaran no Irã. Eles pontuaram em 69,6%, 4,6 pontos percentuais a mais, comparado ao encontrado no HGCA (ASEFZADEH; KALHOR; TIR, 2017). Para a mesma dimensão, em outro estudo com hospitais no Irã, atingiu escores próximos ao HGCA, sendo 2,4% a mais (AZAMI-AGHDASH et al., 2015). Um estudo realizado com pacientes e enfermeiros em um hospital público de Tabriz - Irã, tem proximidade nos resultados ainda maior para com essa dimensão (65,9%), não houve exatidão com o HGCA por uma diferença de 0,9% para mais (GHAHRAMANI et al., 2017). Percebe-se que existe uma proximidade com a realidade da cultura de segurança encontrada no Irã, nesta dimensão, com a do HGCA. Com relação à base de dados mundial, o HGCA obteve nesta dimensão (7%) a menos de respostas positivas.

A dimensão “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviços que favorecem a segurança” foi mensurada em um hospital público do Ceará (um estudo representativo da região Nordeste) este estudo alcançou exatidão no percentual de média positiva com relação ao HGCA (NETTO; SEVERINO, 2016). Quanto às percepções dos profissionais sobre a cultura de segurança do paciente, mediadas por liderança/gestão imediata foi notado, em estudo em três unidades de um hospital

universitário no Paraná, que houve tendência de uma perspectiva favorável à cultura de segurança em todos os itens avaliados. Também que os respondentes demonstraram alta concordância em relação ao item que avaliou se seus superiores/chefes imediatos os elogiam quando deparados com iniciativas promotoras da segurança do paciente (KAWAMOTO et al., 2016a). Em comparação com a base de dados mundial, no HGCA, a dimensão atingiu percentual muito próximo, com 1% para menos.

A dimensão “Aprendizagem organizacional — melhoria contínua” obteve em uma pesquisa hospitalar Sueca, resultados análogos ao presente estudo, com 3,8% a menos de respostas positivas comparadas ao HGCA (NORDIN; NORDSTRÖM; THEANDER, 2013). Um estudo cujo objetivo era analisar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de saúde em um hospital de referência do Alto Rio Juruá, na Amazônia Ocidental Brasileira, pontuando 6% a menos que a unidade estudada neste trabalho (SILVA et al., 2018). Em pesquisa transversal em dez hospitais gerais na Eslovênia, os percentuais foram ainda mais próximos, com apenas 2% para menos de diferença, comparado ao HGCA (ROBIDA, 2013b). O estudo de Ghahramanian et al. (2017) atingiu para essa dimensão, percentual de 2,21% a mais, com relação ao presente estudo. Quanto à base de dados mundial, no HGCA esta dimensão alcançou 6% a menos. Contextualizando a realidade do HGCA, a Comissão Permanente de Educação (setor responsável pela educação permanente no hospital) pode contribuir para o amadurecimento da cultura de apoio a melhoria na qualidade, inserindo no seu programa anual de treinamento esta temática.

A dimensão “Suporte de gerenciamento para segurança do paciente” um estudo jordaniano, relatou que pouco mais da metade (51%) considerou que o gerenciamento incentivou bons comportamentos. Relacionados com a segurança do paciente, no HGCA a porcentagem foi (12%) maior (NAWAFLEH, 2016). Em um hospital público terciário no sul da Índia, essa dimensão obteve 2,3% a menos comparado à presente pesquisa (RAJALATCHUMI et al., 2018). Novamente o estudo iraniano de Ghahramanian et al. (2017) realizado com pacientes e enfermeiros atingiu percentual próximo ao HGCA, sendo 3,47% a mais de respostas positivas. A pesquisa de Kawamoto et al. (2016b) atingiu percentual de discordância (60,8%). Essa realidade foi inversamente proporcional no HGCA, que obteve 63% de respostas positivas. Em referência à base de dados mundial, no HGCA, esta dimensão obteve 9% a menos que a média. Problemas como insuficiência de leitos para a demanda assistencial e consequente superlotação levam a discussão sobre a capacidade administrativa dos gestores públicos. Os componentes do NSP no HGCA funcionam como “auditores internos” para identificação e controle das ações relacionadas à segurança do paciente. Essa característica é fortalecida internamente (a unidade não possui um setor específico de auditoria) a cada criação de núcleos específicos. Como as diretorias do hospital são legalmente responsáveis pelo cuidado de saúde, a otimização dessa função é estratégica para as

mesmas.

A dimensão “Percepções gerais da segurança do paciente” no trabalho de Netto e Severino (2016), atingiu percentual muito próximo ao estudo no HGCA, a diferença entre ambos é de 1% para mais no do Ceará. Quanto à base de dados mundial, no HGCA nesta dimensão alcançou 23% a menos. Sendo o HGCA um hospital de grande porte, as dificuldades de implementação de um plano de segurança são numerosas. O Plano de Segurança do Paciente construído em 2015, não foi colocado em prática na sua totalidade pela unidade.

A dimensão “Feedback e comunicação sobre o erro” obteve em um estudo transversal, analítico descritivo em 25 hospitais relacionados à Universidade de Ciências Médicas de Mashhad no Irã. As respostas positivas foram semelhantes ao HGCA, a diferença entre ambos é de 5,69% para mais no HGCA (DAVOODI et al., 2013). Estudo transversal realizado em dez hospitais gerais na Eslovênia, atingiu percentual similar ao encontrado no HGCA, sendo (2%) maior (ROBIDA, 2013b). Na Turquia o percentual foi ainda menor, 1% para menos comparado ao HGCA, na resposta de 554 enfermeiros participantes (GÜNEŞ; KISACIK; SÖNMEZ, 2015). Em referência à base de dados mundial, no HGCA, esta dimensão alcançou 13% a menos.

A dimensão “Abertura de comunicação” na pesquisa com quatro hospitais, executada no Sudoeste da Etiópia, demonstrou uma média positiva igual a do HGCA (49%) em um dos hospitais. Nos 3 restantes, houve variação de 1% até 15% comparados ao HGCA. A amostra nesta pesquisa etíope foi de 637 participantes (WAMI et al., 2016). No Bushehr, um estudo transversal realizado em dois hospitais públicos selecionados (filiais à Universidade Bushehr de Ciências Médicas) alcançaram média de resposta positiva (1,8%) menor do que o HGCA. A amostra do estudo foi composta por 364 funcionários (AZMAL et al., 2014). No que concerne à base de dados mundial, no HGCA, esta dimensão alcançou 17% a menos. Vale salientar que no HGCA houve uma melhoria na comunicação de forma geral, baseada no trabalho da Assessoria de Comunicação (ASCOM). O número de matérias realizadas com o intuito de criar uma “agenda positiva” vem aumentando a cada ano. Essa estratégia deve ser complementar a um objetivo mais complexo de comunicação que permita melhorar a atividade (fim), culminando em mais vidas serem salvas.

Quanto à dimensão “Frequência de eventos relatados” numa pesquisa realizada em cinco instituições de saúde no cenário sérvio, esse estudo transversal, incluiu 1435 profissionais de saúde, obtendo uma média aproximada ao HGCA (diferença foi de 2% a menos de resposta positiva) (BRESTOVACKI-SVITLICA et al., 2018). Na pesquisa realizada com 12 092 funcionários de 16 hospitais públicos no Kuwait, a mesma obteve 4% para mais comparado ao HGCA (ALI et al., 2018). Esta dimensão também foi mensurada em um hospital público do Ceará (um dos poucos estudos encontrados



na região Nordeste), o mesmo alcançou percentual de respostas positivas próximo ao HGCA, sendo 2% para menos (NETTO; SEVERINO, 2016). Tendo em consideração à base de dados mundial, no HGCA esta dimensão alcançou 12% a menos.

A dimensão “Trabalho em equipe entre unidades” em estudo realizado com enfermeiros através de método transversal, nas unidades hospitalares afiliados à Universidade de Ciências Médicas de Mazandaran, a média de resposta positiva foi similar ao HGCA, 2,4% para menos (ASEFZADEH; KALHOR; TIR, 2017). Em quatro hospitais turcos, abrangendo 1 442 leitos, uma amostra de 554 enfermeiros atingiu média positiva para essa dimensão, exatamente igual (49%) a do HGCA (GÜNEŞ; KISACIK; SÖNMEZ, 2015). Pesquisa realizada em hospitais brasileiros com diferentes categorias de gestão: federal, estadual e privado, com desenho observacional transversal. Nela, enviaram-se 1 576 questionários aos profissionais dos três hospitais do estado do Rio Grande do Norte. Esta dimensão alcançou média positiva próxima ao HGCA, 1,2% para menos (ANDRADE et al., 2016). Com relação à base de dados mundial, no HGCA a mesma dimensão alcançou 13% a menos.

A dimensão “Pessoal” estudada em hospitais gerais eslovenos foi analisada em 2 932 questionários, o percentual encontrado foi semelhante ao HGCA, sendo (2%) inferior (ROBIDA, 2013b). Em cinco unidades hospitalares gerais belgas, um total de 3 940 profissionais responderam a pesquisa, a mesma dimensão obteve (4%) a menos comparado ao HGCA (HELLINGS et al., 2007). Em quatro hospitais turcos, abrangendo 1 442 leitos, uma amostra de conveniência de 554 enfermeiros, a média positiva para essa dimensão atingiu contraposição pouco menor, apenas 1% para mais, confrontado ao HGCA (GÜNEŞ; KISACIK; SÖNMEZ, 2015). Na pesquisa de Netto e Severino (2016) a mesma dimensão, somou média positiva semelhante ao HGCA, sendo 2% para mais no Ceará. No Qatar, um estudo transversal seguido de grupos focais em Hamad Medical Corporation, a dimensão foi levemente superior em respostas positivas, comparada ao HGCA, sendo 2,2% (STEWARTID et al., 2018). No que se refere à base de dados mundial, no HGCA esta dimensão alcançou 19% a menos.

A dimensão “Transferências e transições” em um hospital público terciário no sul da Índia atingiu média de resposta positiva semelhante (para menos) confrontado ao HGCA, sendo esta disparidade de 2,2% (RAJALATCHUMI et al., 2018). No estudo cearense de Netto e Severino (2016) a diferença foi ainda menor, 1% a mais comparado ao HGCA. Em referência à base de dados mundial, no HGCA esta dimensão alcançou 4% a menos.

Na dimensão “Resposta não punitiva ao erro” a pesquisa de Davoodi et al. (2013) apresentou média de resposta positiva semelhante ao HGCA, sendo apenas 0,43% menores. Netto e Severino (2016) atingiu em seu trabalho, média positiva menor (4%) em relação ao HGCA. No que concerne à base de dados mundial, no

HGCA esta dimensão alcançou 25% a menos. No Hospital Geral Clériston Andrade o NSP teve dificuldades em obter o preenchimento das fichas de não conformidades (impresso elaborado pelo núcleo com o objetivo de captar informações acerca de eventos notificáveis sobre segurança do paciente). Os servidores podem ter receio em preencher as fichas por medo de haver retaliação por parte de suas chefias, ou seja, que a cultura punitiva é uma característica existente na unidade.

### 3.2.2 Itens

Quanto aos comparativos entre itens, o item A3 (Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente) da dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades” em um estudo transversal na cidade de Ilam (Irã), realizado em quatro hospitais educacionais, atingiu média de resposta positiva semelhante ao HGCA a desigualdade foi de 1% para mais no Irã (NOURMORADI et al., 2015). O mesmo item obteve 3% a menos, comparado ao HGCA, em estudo com abordagem quantitativa transversal, realizado em dez hospitais, em Gaza, província de Moçambique; cinco hospitais governamentais e cinco ONGs. Um total de 376 funcionários participou da amostra. Neste trabalho, o item A4 (Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito) também foi semelhante ao HGCA, sendo 4% a menos (HAMDAN; SALEEM, 2013). O item A4 na pesquisa com 120 enfermeiros registrados, em Riad na Arabia Saudita, o percentual de respostas positivas foi próximo ao HGCA, a discordância é de 3,2% para mais (KHRAISAT, 2017).

Na dimensão “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviços que favorecem a segurança” o item B4R (O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente), obteve no estudo realizado em três hospitais gerais públicos da Croácia, uma média positiva como do HGCA, sendo 4% a menos (ŠKLEBAR et al., 2016). O item B2 {O meu supervisor/chefe realmente considera as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente}, em estudo com total de 12 092 funcionários de 16 hospitais públicos do Kuwait, atingiu percentual próximo ao HGCA, sendo 2,9% superiores no Kuwait (ALI et al., 2018). Na China, o item “O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente” foi avaliado em pesquisa com 32 hospitais em 15 cidades, 1 160 questionários foram respondidos, a média de respostas positivas atingidas foi similar ao HGCA, sendo apenas 1 a menos na China (NIE et al., 2013).

O item A6 (Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente), da dimensão “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” na pesquisa de Nie et al. (2013) mostrou percentual próximo ao encontrado no HGCA, sendo a

desarmonia entre eles de 6% para mais na China.

Na dimensão “Suporte de gerenciamento para segurança do paciente” o item F9R (A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso) obteve em uma pesquisa quantitativa com 307 funcionários do hospital chinês (com uma cultura de gerenciamento hospitalar de Hong Kong, ou seja, uma organização de cultura mista). A média positiva foi aproximada à atingida no HGCA, sendo a discordância de 5% para mais na China (XU et al., 2018). Em um estudo com 32 hospitais em 15 cidades da China, 1160 questionários foram respondidos, o mesmo item obteve similaridade no que se refere ao HGCA, sendo a assimetria entre eles de 5% para menos no HGCA (NIE et al., 2013).

Na dimensão “Percepções gerais da segurança do paciente” o item A17R (“Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente”), em uma pesquisa com todos os 11 hospitais públicos gerais na Cisjordânia na Palestina, atingiu exatidão com percentual de 31%, com relação ao HGCA (HAMDAN; SALEEM, 2013). Estudo com número de 723 funcionários clínicos e não clínicos foi aplicado em três unidades hospitalares gerais na região sul da península da Malásia, constatou percentual de resposta positiva próxima ao HGCA, no item A15 (A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída) e A17R, a diferença entre eles, é de 2% e 4% para mais respectivamente, comparado ao HGCA (ISMAIL et al., 2019). Na Eslovênia, pesquisa em três hospitais gerais, com 976 participantes (pessoal clínico e não clínico), o item A18 (Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros) obteve similaridade com o HGCA, sendo a desproporção de 1% para mais (ROBIDA, 2013a).

O item C3 (Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade), da dimensão “Feedback e comunicação sobre o erro” ficou próximo da exatidão de média de resposta positiva na pesquisa em dois hospitais universitários alemães, comparada ao HGCA, sendo apenas 0,1% maiores (GAMBASHIDZE et al., 2017). Estudo com um total de 12 092 funcionários de 16 hospitais públicos no Kuwait, alcançaram no item C1 (Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos) semelhança ao encontrado no HGCA, o desacordo foi de 2,8% para mais (ALI et al., 2018).

Na dimensão “Abertura de comunicação” o item C2 {Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente}, atingiu em dois hospitais universitários alemães, percentual das respostas positivas próximo ao encontrado no HGCA, sendo 1,62% para mais (GAMBASHIDZE et al., 2017). No Kuwait, estudo com um total de 12 092 funcionários de 16 unidades hospitalares públicas. O item C6R {Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo

parece não estar certo}, obteve média de resposta positiva próximo ao encontrado no HGCA, sendo 2,9% para mais (ALI et al., 2018). Em estudo transversal realizado em dez hospitais gerais na Eslovênia, a média de respostas positivas atingida no item C2 é semelhante e maior (3%) da encontrada no HGCA (ROBIDA, 2013b).

Dentre os itens da dimensão “Frequência de Eventos Relatados” o item D1 (Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?), obteve em estudo transversal, com 120 enfermeiros registrados, de um grande hospital de ensino em Riad, na Arábia Saudita. O percentual encontrado foi próximo da exatidão na média de resposta positiva com relação ao HGCA, a divergência é apenas de 0,2% para mais (EL-JARDALI et al., 2014). O item D3 (Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?), atingiu em pesquisa transversal através de três países: Holanda, EUA e Taiwan, aproximação na média de resposta positiva comparado ao HGCA nos hospitais holandeses, sendo 2% para menos (WAGNER et al., 2013).

Dos itens da dimensão “Trabalho em equipe entre unidades” o item F6R {Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital}, atingiu na pesquisa em dois hospitais universitários alemães, média de resposta semelhante ao HGCA, sendo superior (3,1%) (GAMBASHIDZE et al., 2017). O item F2R (As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si), alcançou em pesquisa transversal em hospitais libaneses, com total de 6 807 funcionários, média de resposta positiva próxima à encontrada no HGCA, a desproporção é de 3,9% para mais (EL-JARDALI et al., 2010). No estudo de Ismail et al. (2019), os itens F6R e F4 (Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto) obteve aproximação na média de resposta positiva comparado ao HGCA, sendo a disparidade de 5% para menos e 2% para mais respectivamente.

Os itens A2 (Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho) e A14R (Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido), da dimensão “Pessoal” foram mensurados na pesquisa de El-Jardali et al. (2010), os percentuais foram próximos aos encontrados no HGCA, a dessemelhança é de 1,7% e 4,3% para mais respectivamente. Na pesquisa de Robida (2013b) também houve proximidade no percentual do item A7R (Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente), sendo a diferença de 3% maior do que o HGCA.

Na dimensão “Resposta não punitiva ao erro” o item A12R (Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema), a pesquisa de Hamdan e Saleem (2013) encontrou média positiva similar à encontrada no HGCA,

a discrepância é de 1% para mais. No mesmo estudo o item A8R (Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles) obteve similaridade com o HGCA, a dissimetria é de 5% para menos na Palestina.

## CONCLUSÃO

Foi mensurada a cultura de segurança do paciente do HGCA, conforme percepção dos trabalhadores e a maioria das dimensões da cultura de segurança do paciente no HGCA foi relatada como frágil. Das 12 dimensões, seis (50%) estão categorizadas dessa forma. Foram elas: Percepções gerais da segurança do paciente; Abertura de comunicação; Trabalho em equipe em várias unidades; Pessoal; Transferências e transições, e resposta não punitiva ao erro. O pior desempenho nos resultados (incluindo também as respostas comparativas com a base de dados da ARQH) encontrados na unidade foi a dimensão de resposta não punitiva ao erro.

A única dimensão apontada como área forte no hospital foi a “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviços que favorecem a segurança”. Ela equivaleu a 8,33% das dimensões avaliadas (valor muito baixo, comparado ao total). Os dados mostraram uma tendência que os gerentes nesta unidade apoiam seus funcionários. Os investimentos em treinamento, capacitação e a escolha sobre quem deve fazer parte da chefia imediata no HGCA, podem ter provocado resultados positivos.

Considerando que 91,67% das dimensões estudadas estão categorizadas como áreas frágeis ou neutras, demonstrou-se uma tendência que a avaliação geral dos profissionais da unidade sobre a cultura de segurança do paciente vigente, no hospital como todo, seja negativa. Contudo, o Item E1 que avalia especificamente a área de trabalho do respondente, apresentou a maior concentração de respostas no item “regular”. Pode-se inferir que os servidores são mais complacentes na avaliação do setor que estão alocados, em detrimento da unidade de forma geral. Esses dois achados apontam para a necessidade de maturação da cultura de segurança do paciente na unidade.

A cultura de segurança do paciente no HGCA possui todos os resultados, com valores inferiores aos encontrados nas 12 dimensões de segurança publicados nos relatórios da AHRQ em 2018. Essa pesquisa proveu informações que permitiram avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente no Hospital Geral Clériston Andrade, identificando suas áreas fortes e frágeis.

No HGCA, a cultura de preenchimento de relatórios de eventos adversos é imatura. Isso se confirma no elevado número de servidores que não preencheram nenhum relatório nos últimos 12 meses. Quando foram somados aos que preencheram de um a dois relatórios nos últimos 12 meses, os valores corresponderam a 91% dos

respondentes.

Na avaliação das respostas dos funcionários por interação com pacientes (“com” e “sem” interação direta), os achados demonstraram equilíbrio de ambas as partes. No HGCA, os servidores possuem uma perspectiva sobre segurança do paciente similar, independente do nível de interação com o paciente. Essa tendência se repete no preenchimento de notificações relacionadas a eventos adversos na unidade.

Com relação às respostas positivas para cada área de cultura de segurança do paciente no HGCA por duração da ocupação na unidade, os trabalhadores que estão vinculados ao hospital por menos de um ano, atingiram média de resposta positiva discretamente superior aos demais.

O estudo denota algumas limitações. Todos os percentuais expostos nos gráficos e tabelas foram inseridos com duas casas decimais, objetivando uma melhor comunicação visual. O arredondamento de valores pode ser um fator quantitativo limitante. Alguns estudos tiveram taxa de resposta final bem mais elevada do que esta pesquisa. Essa limitação pode estar relacionada com o tempo dedicado a resposta do questionário HSOPSC (o mesmo pode ser cansativo, principalmente se os trabalhadores não tiveram o interesse em respondê-lo).

Vale salientar que os dados foram tratados por uma planilha elaborada pela AHRQ, especificamente para o questionário. Essa decisão habilitou a pesquisa a fazer parte com seus dados do banco mundial da agência, porém limitou o cruzamento de informações na análise estatística. Entretanto, existe a viabilidade de que o estudo traga uma contribuição importante ao conhecimento da cultura de segurança do paciente do HGCA.

Intentando a melhoria da segurança do paciente e redução dos eventos adversos, é recomendado o fortalecimento de uma cultura não punitiva na organização. O incentivo ao preenchimento das fichas de não conformidade e a instituição de fluxos eficientes de comunicação de eventos adversos. Percebe-se que a maturação de uma cultura de segurança do paciente depende da participação ativa de toda a equipe envolvida nas atividades hospitalares, sejam de atividades fim e/ou atividades meio.

Os resultados deste estudo contribuem para o conhecimento da cultura de segurança do paciente do HGCA e da região na qual está inserido, indicando a necessidade de incrementos na maturidade desta cultura. Os resultados aqui apresentados podem servir de referencial para embasar tomadas de decisão da cúpula diretiva e estimular o desenvolvimento de outras pesquisas (quantitativas e/ou qualitativas) a serem realizadas, para efeito comparativo, nos demais hospitais públicos do Estado da Bahia.

## Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Relatório dos Estados - Eventos Adversos*. Brasília, 2019.
- ALI, H. et al. Baseline assessment of patient safety culture in public hospitals in Kuwait. *BMC Health Services Research*, v. 18, n. 01, p. 01 – 12, Dezembro 2018.
- ANDRADE, L. E. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 01, p. 161 – 172, Janeiro 2016.
- ANDRÉS, J. M. A.; MENDOZA, A. L. Perspectiva y retos de la Seguridad del Paciente. *Revista Española de Medicina Preventiva y Salud Pública*, v. 1/2, n. 22, p. 43 – 46, Junho 2017.
- ASEFZADEH, S.; KALHOR, R.; TIR, M. Patient safety culture and job stress among nurses in Mazandaran, Iran. *Electronic Physician*, v. 09, n. 12, p. 6010 – 6016, Dezembro 2017.
- AZAMI-AGHDASH, S. et al. Patient safety culture in hospitals of Iran: a systematic review and meta-analysis. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran (MJIRI)*, v. 29, n. 251, p. 01 – 12, Agosto 2015.
- AZMAL, M. et al. A Comparative Assessment of Patient Safety Culture between Iranian Selected Hospitals and Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Report. *Health*, v. 6, n. 6, p. 3037 – 3044, Dezembro 2014.
- BODÍ, M. et al. Impact of random safety analyses on structure, process and outcome indicators: multicentre study. *Annals of Intensive Care*, v. 23, n. 7, p. 01 – 11, Fevereiro 2017.
- BOUSSAT, B.; KAMALANAVIN, K.; FRANÇOIS, P. The contribution of open comments to understanding the results from the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS): A qualitative study. *PLOS One*, v. 13, n. 04, p. 01 – 15, Abril 2018.
- BRASIL. PORTARIA Nº 529. abril 2013a.
- BRASIL. Resolução - RDC nº 36, de 25 de Julho de 2013. 2013b. 25 de Julho de 2013.
- BRESTOVACKI-SVITLICA, B. et al. The assessment of patient safety culture - the psychometric study of the Serbian version of the questionnaire hospital survey on patient safety culture. *Medicinski pregled*, v. 71, p. 45 – 52, Janeiro 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/328421762>.
- CARVALHO, R. E. F. L. de et al. Avaliação da Cultura de Segurança em Hospitais Públicos no Brasil. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 27, n. 01, p. 01 – 08, Novembro 2016.
- DAVOODI, R. et al. Patient Safety Culture Based on Medical Staff Attitudes in Khorasan Razavi Hospitals, Northeastern Iran. *Iranian Journal of Public Health*, Tehran University of Medical Sciences, v. 42, n. 11, p. 1292 – 1298, 11 2013. ISSN 2251-6085. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4499071/>.

- EL-JARDALI, F. et al. The Current State of Patient Safety Culture in Lebanese Hospital: a Study at Baseline. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 22, n. 5, p. 386 – 395, Outubro 2010. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/45603279>.
- EL-JARDALI, F. et al. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Services Research*, BioMed Central, v. 14, p. 122 –, 2014. ISSN 1472-6963. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3975247/>.
- GAMBASHIDZE, N. et al. Evaluation of psychometric properties of the German Hospital Survey on Patient Safety Culture and its potential for cross-cultural comparisons: a cross-sectional study. *BMJ open*, v. 7, n. 11, p. 1 – 12, Novembro 2017.
- GELDEREN, S. C. van et al. Evaluation of the organisation and effectiveness of internal audits to govern patient safety in hospitals: a mixed-methods study. *BMJ Open*, v. 7, n. 7, p. 1 – 10, Março 2017.
- GHAHRAMANIAN, A. et al. Quality of healthcare services and its relationship with patient safety culture and nurse-physician professional communication. *Health Promotion Perspectives*, v. 07, n. 03, p. 168 – 174, Junho 2017.
- GÜNEŞ, U. Y.; KISACIK, O. G.; SÖNMEZ, M. A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. *Collegian Journal of the Royal College of Nursing Australia*, v. 23, n. 2, p. 225 – 232, Abril 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/275413159>.
- HAMDAN, M.; SALEEM, A. A. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 25, n. 2, p. 167 – 175, Fevereiro 2013.
- HELLINGS, J. et al. Challenging patient safety culture: Survey results. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, v. 20, n. 7, p. 01 – 12, Fevereiro 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/5816421>.
- HIGNETT, S. et al. More holes than cheese. What prevents the delivery of effective, high quality and safe health care in England? *Ergonomics*, v. 61, n. 01, p. 05 – 14, 2018.
- INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY. *safety series No.75 INSAG-4: safety culture*. Viena, 1991.
- ISMAIL, L. H. et al. Assessment of Patient Safety Culture in Malaysia Hospital Using Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) Survey. *Journal of Advanced Research in Social and Behavioural Sciences*, v. 1, n. 1, p. 19 – 31, Janeiro 2019.
- JONES, L. et al. How do hospital boards govern for quality improvement? A mixed methods study of 15 organisations in England. *BMJ Quality & Safety*, v. 12, n. 26, p. 978 – 986, Julho 2017.
- KARANIKAS, N.; CHIONIS, D. Exploring the line between the preventive and punitive character of measures in the frame of a just culture. *Policy and Practice in Health and Safety*, v. 02, n. 15, p. 174 – 186, Junho 2017.



- KAWAMOTO, A. M. et al. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. *Journal of Research Fundamental Care Online*, v. 8, n. 2, p. 4387 – 4398, Abril 2016a. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/301333434>.
- KAWAMOTO, A. M. et al. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário Leadership and patient safety culture: perceptions of professionals in a university hospital. *Journal of Research Fundamental Care Online*, v. 8, n. 2, p. 4387 – 4398, Abril 2016b. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/301333434>.
- KHRAISAT, O. Patient Safety Culture Structures and Outcomes: A Sample from Isolation Units at Saudi Arabia. *International Journal of Nursing and Health Science*, v. 4, n. 1, p. 8 – 15, Junho 2017.
- KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. *To err is human*. [S.l.]: National Academy Press, 2000.
- MAIGZUK, J.; ANDRADE JÚNIOR, P. P. Aplicação de ferramentas de melhoria de qualidade e produtividade nos processos produtivos: Um estudo de caso. *Qualit@s Revista Eletrônica*, v. 14, n. 1, p. 1 – 14, Janeiro 2013. ISSN 1677.
- MENDES, V. L. P. S. et al. Política de Qualidade, Acreditação e Segurança do Paciente em Debate. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 40, n. 01, p. 232 – 249, Março 2016.
- MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 21, n. 4, p. 279 – 284, Agosto 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp022>.
- NAWAFLEH, A. H. Patient Safety Culture in Jordanian Hospitals. *Health Science Journal*, v. 10, n. 5, p. 1 – 6, Agosto 2016.
- NETTO, F. D. B.; SEVERINO, F. Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino do Ceará. *Revista Brasileira Promoção Saúde*, Fortaleza, v. 29, n. 3, p. 334 – 341, Setembro 2016.
- NIE, Y. et al. Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Services Research*, BioMed Central, v. 13, p. 228 –, 2013. ISSN 1472-6963. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3701538/>.
- NORDIN, A.; NORDSTRÖM, G.; THEANDER, K. Swedish Hospital Survey on Patient Safety Culture— Psychometric properties and health care staff’s perception. *Open Journal of Nursing*, v. 03, n. 08, p. 41 – 50, Janeiro 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/275997476>.
- NOURMORADI, H. et al. Hospital Patient Safety Culture in Developing Countries: A Comparative Study in Ilam City, Iran. *British Journal of Medicine & Medical Research*, v. 10, n. 5, p. 1 – 8, Janeiro 2015.
- PUCHE, J. R.; CUENCA, J. F. H. Hechos y valores: Aprendiendo de los errores. *Revista Española de Medicina Preventiva y Salud Pública*, v. 1/2, n. 22, p. 51 – 54, Junho 2017.

- RAJALATCHUMI, A. et al. Perception of Patient Safety Culture among Health-care Providers in a Tertiary Care Hospital, South India. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*, v. 9, n. 1, p. 14 – 18, Fevereiro 2018.
- RIDELBERG, M.; ROBACK, K.; NILSEN, P. How Can Safer Care Be Achieved? Patient Safety Officers' Perceptions of Factors Influencing Patient Safety in Sweden. *Journal of Patient Safety*, v. 00, n. 00, p. 01 – 07, Novembro 2017.
- ROBIDA, A. S. Hospital Survey on Patient Safety Culture in Slovenia: a psychometric evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 25, n. 4, p. 469 – 475, Junho 2013a. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/237056875>.
- ROBIDA, A. S. Perception of patient safety culture in Slovenian acute general hospitals. *Zdravniški vestnik*, v. 82, n. 10, p. 648 – 660, Outubro 2013b.
- SCHAAF, E. B. V.; CORNETT, A. C.; RANDOLPH, G. D. Improving Culture, One Quality Improvement Project at a Time. *Journal of Public Health Management and Practice*, v. 1, n. 24, p. 57 – 62, Janeiro 2018.
- SCHILLING, M. C. L. *A comunicação e a construção da cultura de segurança do paciente: interfaces e possibilidades no cenário do hospital*. 2017. 217 p. Tese (PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO SOCIAL) — PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL.
- SILVA, G. M. da et al. Evaluation of the Patient Safety Culture in the Western Amazon. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 28, n. 3, p. 307 – 315, Novembro 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/329769592>.
- SORRA, J. et al. *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide*. Rockville, 2018. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>.
- STEWARTID, D. et al. Perspectives of healthcare professionals in Qatar on causes of medication errors: A mixed methods study of safety culture. *PLoS ONE*, p. 1 – 17, Setembro 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204801>.
- TEREANU, C. et al. Measuring Patient Safety Culture in Romania Using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *Current Health Sciences Journal*, v. 43, n. 01, p. 31 – 40, Março 2017a.
- TEREANU, C. et al. Experimenting the hospital survey on patient safety culture in prevention facilities in Italy: psychometric properties. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 29, n. 02, p. 269 – 275, Fevereiro 2017b.
- THORNTON, K. C. et al. Preventing Harm in the ICU-Building a Culture of Safety and Engaging Patients and Families. *Critical Care Medicine*, v. 45, n. 9, p. 1531 – 1537, Setembro 2017.
- WAGNER, C. et al. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *International Journal for Quality in Health Care*, Oxford University Press, v. 25, n. 3, p. 213 – 221, 7 2013. ISSN 1353-4505. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3671738/>.

- WAMI, S. D. et al. Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. *BMC Health Services Research*, v. 16, n. 1, p. 1 – 10, Setembro 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/309046545>.
- WATCHER, R. M. *Compreendendo a segurança do paciente*. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 500 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Patient safety: Global action on patient safety*. Genebra, 2019.
- XU, X. P. et al. Changing patient safety culture in China: a case study of an experimental Chinese hospital from a comparative perspective. *Dovepress*, v. 11, p. 83 – 98, Maio 2018.
- ŠKLEBAR, I. et al. How to Improve Patient Safety Culture in Croatian Hospitals? *Acta clinica Croatica*, v. 55, n. 3, p. 370 – 380, Setembro 2016.

## **Apêndices**

## **APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Cultura de Segurança do Paciente: Estudo no Hospital Geral Clériston Andrade - Feira de Santana, esta pesquisa está associada ao projeto de mestrado de Lucas Gouveia de Carvalho Teixeira, do Programa de Mestrado Profissional do Núcleo de Pós Graduação em Administração da UFBA, sob orientação da professora Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes. Tal estudo tem como objetivo mensurar a cultura de segurança do paciente do Hospital Geral Clériston Andrade, conforme percepção dos trabalhadores. Os resultados obtidos poderão contribuir na construção do conhecimento e sistematização de informações para a tomada de decisões administrativas no hospital. Ou seja, as informações advindas deste estudo, poderão contribuir na implementação de mudanças assistenciais e gerenciais desta unidade. Trata-se de uma investigação empírica quantitativa e observacional. Para a execução da pesquisa, será aplicada a versão adaptada do questionário HSOPSC para captar a percepção com relação às dimensões da cultura de segurança do paciente dos funcionários deste hospital. Solicitamos sua autorização para participação neste estudo. Você receberá resposta a qualquer dúvida sobre a pesquisa em qualquer momento que desejar. Assim como terá total liberdade para retirar o seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar da pesquisa sem qualquer penalização ou prejuízo para você. Seu anonimato será assegurado, buscando respeitar a sua integridade moral, intelectual, social e cultural, isto é, não será divulgado que foi você quem forneceu as informações. Os possíveis riscos desta pesquisa são: estresse; constrangimento por esta sendo observado; receio de represálias; vazamento de informações e quebra de sigilo. Os prováveis riscos serão minimizados mediante o sigilo ser resguardado; o preenchimento do questionário se dará em local reservado (de acordo com cada unidade); o momento de preenchimento será no horário mais conveniente para o participante na tentativa de reduzir o estresse; o Diretor Geral autorizou a pesquisa; os questionários serão guardados com o pesquisador após a coleta. A sua participação não acarretará custos ou terá compensação financeira. Caso seja verificado algum prejuízo com a pesquisa, você será indenizado se comprovado o prejuízo mediante avaliação judicial. O benefício relacionado à sua participação de forma direta, é a satisfação pessoal em está participando da pesquisa, que pode trazer benefícios para a unidade. Os documentos do projeto serão utilizados para construção de relatórios de pesquisa, bem como para divulgação para fins científicos, serão armazenados por um período de 05 anos em posse dos pesquisadores responsáveis, após este período serão incinerados. No momento em que houver necessidade de esclarecimentos sobre sua participação na pesquisa você poderá entrar em contato com o Núcleo de Pós Graduação em Administração da UFBA, Telefone: (71) 3283-7658/7341,

e-mail: mestprof@ufba.br. Bem como com o Comitê de Ética em Pesquisa da FADBA, Telefone: (75) 3425-8055, e-mail: cepenaipefadba@gmail.com . Desta forma, se concordar, por sua livre vontade, em participar desta pesquisa, por favor, assine este termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, ficando com uma do mesmo.

Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Participante/Impressão datiloscópica \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Pesquisador(a): \_\_\_\_\_

## **Anexos**

## ANEXO A – Aprovação

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO

### CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Cultura de Segurança do Paciente: Estudo no Hospital Geral Clériston Andrade - Feira de Santana Bahia

**Pesquisador:** LUCAS GOUVEIA DE CARVALHO TEIXEIRA

Área Temática:

**Versão:** 2

**CAAE:** 94216918.5.0000.0042

**Instituição Proponente:** Faculdades Adventistas da Bahia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.010.819

#### Apresentação do Projeto:

Este estudo propõe-se a investigar o nível de conhecimento dos profissionais do Hospital Geral Clériston Andrade no município de Feira de Santana - BA sobre a cultura de segurança do paciente por parte destes profissionais que estão ligados direta e indiretamente aos pacientes. A primeira parte do estudo consiste na procura pelo questionário do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), já adaptado transculturalmente para uso no contexto hospitalar brasileiro. A segunda parte do estudo compreenderá uma investigação empírica quantitativa, observacional, voltada para a aplicação da versão adaptada do questionário HSOPSC para captar a percepção com relação às dimensões da cultura de segurança do paciente dos respondentes. A cultura de segurança do paciente no HGCA pode está em um nível bem imaturo, repercutindo negativamente nas tentativas de implementação de ações voltadas ao



aumento da segurança.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Mensurar a cultura de segurança do paciente do HGCA, conforme percepção dos trabalhadores.

Objetivos Secundários:

- A) Verificar a existência de áreas fortes e frágeis na segurança do paciente no HGCA.
- B) Identificar a percepção dos trabalhadores do HGCA sobre a cultura de segurança do paciente, mediante a aplicação da versão adaptada do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture para o português na referida unidade.
- C) Comparar os resultados obtidos no estudo empírico com os citados no referencial teórico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador identificou que a utilização de um questionário para preenchimento pode resultar em um vazamento de informações, que poderia prejudicar o participante. Na tentativa de dirimir essa situação, os questionários não serão identificados com os nomes dos participantes. A quebra de sigilo também é um risco em potencial (ainda que involuntária e não intencional). Como benefício, o participante fará parte do diagnóstico da cultura de segurança do paciente no hospital; a pesquisa serve como uma fonte de educação na unidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante do ponto de vista científico e importante para a gestão do referido hospital pois irá criar uma cultura de segurança do paciente através de ações educativas futuras para conscientizar os profissionais que trabalham no hospital. O pesquisador identificou os riscos deste estudo para os participantes e o cronograma está compatível com o período para apreciação ética pelo Comitê de Ética e Pesquisa

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto foi devidamente preenchida e assinada pelo pesquisador responsável e o responsável pela instituição proponente. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não foi preenchido de acordo com a Resolução 466/12. Em anexo está a carta de anuência assinada pelo responsável pelo HGCA, cópia do projeto

de pesquisa na íntegra com informações detalhadas sobre a pesquisa, cópia do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC).

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a adequação feita pelo pesquisador para atender às pendências do primeiro parecer e de acordo com a Resolução 466/12, o estudo proposto encontra-se em condições de ser executado.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com as atribuições do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Adventista da Bahia na Resolução 466/12, declaramos que o projeto: Cultura de Segurança do Paciente: Estudo no Hospital Geral Clériston Andrade - Feira de Santana Bahia está aprovado podendo ser iniciada a pesquisa. O PESQUISADOR FICA RESPONSÁVEL POR APRESENTAR RELATÓRIOS OU O FINAL APÓS A CONCLUSÃO DA PESQUISA!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_	22/10/2018		Aceito
do Projeto	ROJETO_1124119.pdf	22:31:30		
Cronograma	cronogramacorrigido.docx	22/10/2018	LUCAS GOUVEIA	Aceito

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
		22:27:20	DE CARVALHO	
			TEIXEIRA	
TCLE / Termos de	TCLEREvisado.docx	22/10/2018	LUCAS GOUVEIA	Aceito
Assentimento /		12:20:00	DE CARVALHO	
Justificativa de			TEIXEIRA	
Ausência				
Projeto Detalhado /	projetodetalhado.pdf	25/06/2018	LUCAS GOUVEIA	Aceito
Brochura		09:04:29	DE CARVALHO	
Investigador			TEIXEIRA	
Outros	Pesquisa_sobre_seguranca_do_paciente	29/05/2018	LUCAS GOUVEIA	Aceito
	e_em_hospitais_HSOPSC_.docx	09:42:04	DE CARVALHO	
			TEIXEIRA	
Brochura Pesquisa	brochuradissertacao.pdf	25/05/2018	LUCAS GOUVEIA	Aceito
		12:24:26	DE CARVALHO	
			TEIXEIRA	

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	carta_de_anuencia.pdf	25/05/2018	LUCAS GOUVEIA	Aceito
		11:09:42	DE CARVALHO	
			TEIXEIRA	
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	11/05/2018	LUCAS GOUVEIA	Aceito
		16:41:03	DE CARVALHO	
			TEIXEIRA	

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CACHOEIRA, 09 de Novembro de 2018

Assinado por:

**Wellington dos Santos Silva (Coordenador(a))**

## ANEXO B – Questionário

Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

### Instruções

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

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

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

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

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

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

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

Tabela 12 – Questionário do Hospital Survey on Patient Safety Culture

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

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

Tabela 13 – Questionário do Hospital Survey on Patient Safety Culture

<b>Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital. . .</b>	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
<b>1.</b> Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras	1	2	3	4	5
<b>2.</b> Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho	1	2	3	4	5
<b>3.</b> Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	1	2	3	4	5
<b>4.</b> Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	1	2	3	4	5
<b>5.</b> Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	1	2	3	4	5

<b>Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...</b>	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	1	2	3	4	5
7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	1	2	3	4	5

Tabela 14 – Questionário do Hospital Survey on Patient Safety Culture

<b>Continuação... Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital</b>	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
8. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles	1	2	3	4	5
9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui	1	2	3	4	5
10. É apenas por acaso, que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui	1	2	3	4	5

<b>Continuação... Pense na sua area/unidade de trabalho no hospital</b>	Discordo totalmente	Discordo	Não con- cordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam	1	2	3	4	5
12. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	1	2	3	4	5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	1	2	3	4	5
14. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido	1	2	3	4	5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	1	2	3	4	5
16. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais	1	2	3	4	5



<b>Continuação... Pense na sua area/unidade de trabalho no hospital</b>	Discordo totalmente	Discordo	Não con- cordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	1	2	3	4	5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	1	2	3	4	5

### **SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe**

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

**Tabela 15 – Questionário do Hospital Survey on Patient Safety Culture**

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

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

### **SEÇÃO C: Comunicação**

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

**Tabela 16 – Questionário do Hospital Survey on Patient Safety Culture**

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

### **SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados**

**Tabela 17 – Questionário do Hospital Survey on Patient Safety Culture**

<b>Pense na sua área/unidade no hospital</b>	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre

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

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

### **SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente**

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

**Tabela 18 – Questionário do Hospital Survey on Patient Safety Culture**

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

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

### **SEÇÃO F: O seu hospital**

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

**Tabela 19 – Questionário do Hospital Survey on Patient Safety Culture**

<b>Pense no seu hospital...</b>	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	1	2	3	4	5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	1	2	3	4	5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	1	2	3	4	5

<b>Pense no seu hospital...</b>	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	1	2	3	4	5
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	1	2	3	4	5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo) empregatício) de outras unidades do hospital	1	2	3	4	5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	1	2	3	4	5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade	1	2	3	4	5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	1	2	3	4	5

<b>Pense no seu hospital...</b>	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	1	2	3	4	5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	1	2	3	4	5

### **SEÇÃO G: Número de eventos relatados**

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

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

### **SEÇÃO H: Informações gerais**

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

**1) Há quanto tempo você trabalha neste hospital?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**6) Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? \_\_\_\_\_  
Anos**



**7) Qual o seu grau de instrução:**

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

**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.**

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

# ANEXO C – Portaria de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente

Figura 3 – Portaria de implantação do NSP

**HOSPITAL GERAL CLÉRISTON ANDRADE  
PORTARIA 190/2013**

O Diretor Geral do Hospital Geral Clériston Andrade, no uso das suas atribuições com base na Portaria nº. 529 de 01 de abril de 2013 do Ministério da Saúde.

**RESOLVE:**

Art. 1º Instituir Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Geral Clériston Andrade.

Art. 2º O referido Núcleo será constituído pelos servidores listados abaixo:

- José Carlos de Carvalho Pitangueira – Diretor Geral Cadastro 19.553.215-0
- Aurêlio Sclaretta Júnior – Vice Diretor Médico
- Kerine Almeida de Souza – Auxiliar Administrativo Cadastro 19.546.378-1
- Barbara Lomanto Torres – Enfermeira Cadastro 19.444.216-4
- Karla Souza Santos Rios – Enfermeira Cadastro 19.544.617-9
- Bruno Rodrigues Alencar – Farmacêutico Cadastro 19.533.184-5
- Ubirajara Rodrigues Saldanha – Cadastro 19.553.640-3
- Jacira Carneiro Evangelista de Souza – Cadastro 19.324.185-8
- Nilson Raimundo Barreto dos Santos – Cadastro 19.317.853-4
- Maria Rozana Glória C. Oliveira – Cadastro 19.311.079-8
- Raimundê Damares Silva Rocha – Cadastro 19.242.288-3

Parágrafo único: Presidirá este Núcleo, Barbara Lomanto Torres – Enfermeira, Cadastro 19.444.216-4.

Art. 3º. Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Feira de Santana, 01 de Novembro de 2013.

José Carlos de Carvalho Pitangueira  
Diretor Geral - HGCA

Coordenação de Enfermagem  
**RECEBIDO**  
Em 08/11/13  
**DESPACHO**  
Ass.

Figura 4 – Diário oficial do estado da Bahia

<p><b>DIÁRIO OFICIAL</b></p> <p>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DA BAHIA</p>	<p><b>1</b> Executivo</p> <p>SECRETARIA DA SAÚDE, SÁBADO E DOMÍNICO, 21 DE NOVEMBRO DE 2013 3.º ANO XXIV - Nº 21.277 E 21.278</p> <p><b>47</b></p>
<p>Saúde do Município e o Estado da Bahia, através da Secretaria Estadual de Saúde, visando a formalização de adesão ao Programa Medicamento em Casa. Objeto: Formalizar a implantação do Programa Medicamento em Casa definindo o papel dos sistemas municipal e estadual de Saúde. A formalização da contratação se dará através da fixação de metas, conforme Cláusula Segunda deste Termo. Durante a vigência deste Termo de Compromisso, fica a cargo da SESAB a aquisição dos medicamentos e insumos selecionados para o Programa Medicamento em Casa, conforme Resolução CE nº 34/ 2008, Vigência 24 (vinte e quatro) meses a partir da data de sua publicação no DOE. Assinam: Dr. Jorge José dos Santos Pereira Solla - Secretário de SESAB e Sr. Ivana Carla de Castro Fernandes, Secretária Municipal de Saúde de Itacaré. Data: 01 de novembro de 2013.</p>	<p>O Diretor Geral do Hospital Geral Clériston Andrade, no uso das suas atribuições com base na Portaria nº 529 de 01 de abril de 2013 da Ministério da Saúde.</p> <p><b>RESOLVE:</b></p> <p>Art. 1º Instaurar Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Geral Clériston Andrade.</p> <p>Art. 2º O referido Núcleo será constituído pelos servidores listados abaixo:</p> <p>José Carlos de Carvalho Pinguetira – Diretor Geral Cadastro 19.553.215-0</p> <p>Aurélio Scianella Júnior – Vice Diretor Médico</p> <p>Karine Almeida de Souza – Auxiliar Administrativo Cadastro 19.546.375-1</p> <p>Barbara Lomanto Torres – Enfermeira Cadastro 19.444.215-4</p> <p>Karla Souza Santos Rios – Enfermeira Cadastro 19.544.617-6</p> <p>Bruno Rodrigues Amorim – Farmacêutico Cadastro 19.533.184-9</p> <p>Librajara Rodrigues Saldaña – Cadastro 19.553.646-3</p> <p>Jacira Carneiro Evangelina de Souza – Cadastro 19.304.185-8</p> <p>Nilsen Raimundo Barreto dos Santos – Cadastro 19.217.853-4</p> <p>Maria Rozana Cláudia C. Oliveira – Cadastro 19.311.676-8</p> <p>Raimundo Damascio Silva Rocha – Cadastro 19.242.288-3</p> <p>Paologato Amico Presidirá este Núcleo, Barbara Lomanto Torres – Enfermeira, Cadastro 19.444.216-4.</p> <p>Art. 3º Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.</p> <p>Feira de Santana, 01 de Novembro de 2013.</p> <p>José Carlos de Carvalho Pinguetira Diretor Geral - HGCA</p>
<p><b>EXTRATO DE TERMO DE COMPROMISSO ENTRE ENTES PÚBLICOS PARA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MEDICAMENTO EM CASA.</b></p> <p>Termo de Compromisso que entre si celebram o município de JACARACI, através da Secretaria de Saúde do Município e o Estado da Bahia, através da Secretaria Estadual de Saúde, visando a formalização de adesão ao Programa Medicamento em Casa. Objeto: Formalizar a implantação do Programa Medicamento em Casa definindo o papel dos sistemas municipal e estadual de Saúde. A formalização da contratação se dará através da fixação de metas, conforme Cláusula Segunda deste Termo. Durante a vigência deste Termo de Compromisso, fica a cargo da SESAB a aquisição dos medicamentos e insumos selecionados para o Programa Medicamento em Casa, conforme Resolução CE nº 34/ 2008, Vigência 24 (vinte e quatro) meses a partir da data de sua publicação no DOE. Assinam: Dr. Jorge José dos Santos Pereira Solla - Secretário de SESAB e Sr. Sílvia Silva, Secretário Municipal de Saúde de Jacaraci. Data: 01 de novembro de 2013.</p>	<p><b>HOSPITAL GERAL CLÉRISTON ANDRADE</b> <b>PORTARIA 192/2013</b></p> <p>O Diretor Geral do Hospital Geral Clériston Andrade, no uso das suas atribuições.</p> <p><b>RESOLVE:</b></p> <p>Art. 1º Instaurar a Comissão de Inventários de Bens de Permanentes Móveis e Imóveis do Hospital Geral Clériston Andrade.</p> <p>Art. 2º A referida Comissão será constituída pelos servidores listados abaixo:</p> <p>Valterlan Carneiro Romualdo matrícula nº. 19.222753-6,</p> <p>Cecil Azeis de O. Nascimento, matrícula nº. 19.245495-0,</p> <p>Antonia Vitoria Felto, matrícula nº. 19.325377-4 todos pertencentes ao quadro de pessoal estatutário da SESAB, para sob presidência do primeiro, integrarem a Comissão que deverá proceder ao Inventário de Bens Permanentes Móveis e Imóveis com conclusão e disponibilização do relatório final até o dia 31-12-2013.</p> <p>Feira de Santana, 31 de outubro de 2013</p> <p>José Carlos de Carvalho Pinguetira Diretor Geral - HGCA</p>
<p><b>23ª DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE</b> Portaria 061/2013</p> <p>A Diretores da 23ª Regional de Saúde de Boquira – BA, no uso de suas atribuições.</p> <p><b>RESOLVE:</b></p> <p>Designar os servidores Edite Souza dos Reis, cadastro nº 19.243796-0; Cleonilde Xavier de Macedo, cadastro nº 19.242604-6 e Vicente Borges Neto, cadastro nº 19.315481-6, para sob a presidência do primeiro, integrarem a Comissão de Inventário de Bens Permanentes Móveis e Imóveis desta 23ª DRES, com conclusão e disponibilização do Termo de Inspeção e Relatório Final até e no prazo de 30 (trinta) dias úteis.</p> <p>Boquira (BA), 29 de outubro de 2013.</p> <p>Lúcia Fátima Figueiredo Martins Diretora – 23ª DRES</p>	<p><b>HOSPITAL GERAL CLÉRISTON ANDRADE</b> <b>PORTARIA 193/2013</b></p> <p>O Diretor Geral do Hospital Geral Clériston Andrade, no uso das suas atribuições.</p> <p><b>RESOLVE:</b></p> <p>Art. 1º Instaurar a Comissão de Inventários de Bens de Consumo do Hospital Geral Clériston Andrade.</p> <p>Art. 2º A referida Comissão será constituída pelos servidores listados abaixo:</p> <p>Wilson Dias de Santana, matrícula nº. 19.329545-6,</p> <p>Maria Margarete Santos Moura, matrícula nº. 19.318850-5,</p> <p>Egnaido Souza de Almeida, matrícula nº. 19.325790-0 todos pertencentes ao quadro de pessoal estatutário da SESAB, para sob presidência do primeiro, integrarem a Comissão que deverá proceder ao Inventário de Bens de Consumo com conclusão e disponibilização do relatório final até o dia 31-12-2013.</p> <p>Feira de Santana, 31 de outubro de 2013</p> <p>José Carlos de Carvalho Pinguetira Diretor Geral - HGCA</p>
<p><b>UNIDADE DE EMERGÊNCIA MÃE HILDA JITOLI - CURURU</b></p> <p>Salvador, 01 de novembro de 2013.</p> <p><b>PORTARIA Nº 018/2013</b></p> <p>O Diretor da Unidade de Emergência Mãe Hilda Jitoli, no uso de suas atribuições legais.</p> <p><b>Resolve:</b></p> <p>Designar os Servidores, FRANCISCA MAÇODORA ALVES GUMBARÃES, cadastro: 19.27650-5, MILTON RODRIGUES DOS SANTOS JÚNIOR, Cadastro: 19.537.288-1, e DANIELA MUNO FORTES, cadastro: 19.273636-7 para sob a presidência do primeiro, substituído pelo segundo e assim sucessivamente, comporem a Comissão que deverá coordenar a execução do Inventário de Bens Permanentes ( Bens Móveis ), desta Unidade, devendo concluir os trabalhos, com o Relatório Final e assinatura do Termo de Inspeção, até o dia 02/11/2013.</p> <p>Esta Portaria entrará em vigor a partir da data de sua publicação.</p> <p>JOSÉ NOACIR RAMOS DA SILVA DIRETOR</p>	<p><b>HOSPITAL GERAL CLÉRISTON ANDRADE</b> <b>PORTARIA 194/2013</b></p> <p>O Diretor Geral do Hospital Geral Clériston Andrade, no uso das suas atribuições.</p> <p><b>RESOLVE:</b></p> <p>Art. 1º Instaurar a Comissão de Inventários de Bens de Consumo do Hospital Geral Clériston Andrade.</p> <p>Art. 2º A referida Comissão será constituída pelos servidores listados abaixo:</p> <p>Wilson Dias de Santana, matrícula nº. 19.329545-6,</p> <p>Maria Margarete Santos Moura, matrícula nº. 19.318850-5,</p> <p>Egnaido Souza de Almeida, matrícula nº. 19.325790-0 todos pertencentes ao quadro de pessoal estatutário da SESAB, para sob presidência do primeiro, integrarem a Comissão que deverá proceder ao Inventário de Bens de Consumo com conclusão e disponibilização do relatório final até o dia 31-12-2013.</p> <p>Feira de Santana, 31 de outubro de 2013</p> <p>José Carlos de Carvalho Pinguetira Diretor Geral - HGCA</p>
<p><b>HOSPITAL GERAL CLÉRISTON ANDRADE</b> <b>PORTARIA 195/2013</b></p>	<p><b>SESAB - HOSPITAL COUTO MAIA</b></p> <p><b>PORTARIA Nº 610/2013</b></p> <p>A Diretora do Hospital Couto Maia no uso de suas atribuições.</p> <p><b>RESOLVE:</b></p> <p>Designar nos termos do art. 204, da lei estadual nº 6.677 de 29/09/94 os servidores Maria Cristine Aguiar Lima, Secretária, Cadastro nº 19.229.722-0, Luciano de Sousa Santos, Assistente</p>

## ANEXO D – Dados do Hospital

Figura 5 – Mapa estatístico (1 de 4)

I-MEDIDAS HOSPITALARES		IV.II - INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NÚMERO DE LEITOS OPERACIONAIS	230	UNIDADES DE INTERNAÇÃO ABERTA	
2- LEITO/DIA	87.214	1- CLÍNICA MÉDICA	492
3- PACIENTE/DIA	80.673	2-CLÍNICA CIRÚRGICA	2.507
4- CAPACIDADE HOSPITALAR INSTALADA	93,4%	3-CLÍNICA NEUROLÓGICA	376
5- CAPACIDADE HOSPITALAR OPERACIONAL	93,4%	4- CLÍNICA ORTOPÉDICA	477
6- CAP. HOSP. DE EMERGÊNCIA (CALAMIDADES)	EM IMPLANT.	5- CLÍNICA VASCULAR	99
7- NÚMERO DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES	13.087	6- ENFERMARIA GERAL MASC / FEM	1.142
II-INDICADORES HOSPITALARES		TOTAL	
1 - MÉDIA PACIENTES/DIA	221,03	5.093	
2- MÉDIA DE PERMANÊNCIA	11,19	IV. III - UNIDADES DE INTERNAÇÃO FECHADA	
3- TAXA DE OCUPAÇÃO OPERACIONAL	93,4%	1- UTI ADULTO I	425
4- TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR	8%	2- UTI ADULTO II	295
5- TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL	8%	3- UNIDADE SEMI-INTENSIVA	498
6- TAXA DE PACIENTES RESIDENTES NA INSTITUIÇÃO	EM IMPLANT.	TOTAL	1.218
7- TEMPO PARA EFETIVAÇÃO DE INTERNAÇÃO	EM IMPLANT.	IV. IV -UNIDADES LEITOS DE SERVIÇOS	
III-INDICADORES DE DESEMPENHO INSTITUCIONAL (PAD)		1- CENTRO CIRÚRGICO	1.180
1 - CUSTO POR SAÍDA	EM IMPLANT.	2- CENTRO DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICO	72
2- CUSTO POR LEITO OPERACIONAL/DIA	EM IMPLANT.	TOTAL	1.252
3- DESEMPENHO DO FATURAMENTO	EM IMPLANT.	IX. V -UNIDADES DE EMERGÊNCIA	
4- GLOSA HOSPITALAR	31,22%	1- SALA VERMELHA	1.275
5- PRODUÇÃO AMBULATORIAL	EM IMPLANT.	2- ESTABILIZAÇÃO	450
6- ÍNDICE DE GIRO DE LEITOS	8,95	3- SALA AMARELA CLÍNICA FEMININA - SAF	1.021
7- DENSIDADE DE INCIDÊNCIA IRAS*	12,5%	4- SALA AMARELA CLÍNICA MASCULINA - SAM	1.322
8- ÍNDICE DE RESOLUBILIDADE DEMANDA DE OUVIDORIA	99%	5- SALA AMARELA CIRÚRGICA	1.696
IV-MOVIMENTO HOSPITALAR		6- ORTOTRAUMA	291
IV.J - ADMISSÕES		7- CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	11.300
1- PASSARAM DO PERÍODO ANTERIOR	80.557	TOTAL	17.355
2- TOTAL DE ADMISSÕES	13.087	IV.VI -- OBSERVAÇÃO HOSPITALAR / SERVIÇO DE URGÊNCIA	
3- RECEBIDOS POR TRANSFERÊNCIA (REGULAÇÃO)	5.938	1- SALA VERMELHA	PREVISTA IMPLANT. PARA 2019
3.1- OUTROS HOSPITAIS	94	2- ESTABILIZAÇÃO	
3.2- UPAS	129	3- SALA AMARELA CLÍNICA FEMININA - SAF	
3.3- POLICLINICAS MUNICIPAIS	39	4- SALA AMARELA CLÍNICA MASCULINA - SAM	
4- REINTERNAÇÃO	EM IMPLANT.	5- SALA AMARELA CIRÚRGICA	
5- CUIDADOS HOSPITAL/DIA		6- ORTOTRAUMA	
6- OUTROS		7- CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
TOTAL		8- ATENDIMENTO SALA DE MEDICAÇÃO	
		9- ATENDIMENTO BUCOMAXILO	
		10- ATENDIMENTO REPERFUSÃO NEURO-CÁRDIO	
		11- ATENDIMENTO S. DE PROCEDIMENTO INVASIVO	
		TOTAL	
Func. Responsável		Coordenação SAME	
		Diretor Unidade	

OBS: O Banco de Leite encontra-se instalado no HEC desde outubro de 2018.

Figura 6 – Mapa estatístico (2 de 4)

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA		MAPA ESTATÍSTICO ANUAL 2018	
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB			
2799758 - HOSPITAL GERAL CLÉRISTON ANDRADE - SAME - ESTATÍSTICA			
<b>V - SAÍDAS HOSPITALARES</b>		<b>VII - PRODUÇÃO HOSPITALAR</b>	
1- ALTAS	5.466	<b>CIRURGIAS</b>	
2- EVASÃO	101	<b>VII.1 - INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS POR PORTE</b>	
3- DESISTÊNCIA DO TRATAMENTO		1- PEQUENAS	2.167
4- TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS	505	2- MÉDIAS	1.752
5- ÓBITO INSTITUCIONAL (=OU+ DE 24H)	1.065	3- GRANDES	1.768
6- ÓBITO HOSPITALAR (- DE 24H)	46	<b>TOTAL</b>	<b>5.687</b>
<b>TOTAL</b>	<b>7.183</b>	<b>VII.2 - INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS POR CARÁTER</b>	
OBS: PACIENTES RECEBIDOS EM ÓBITO (NÃO É CONSIDERADO ÓBITO HOSPITALAR)		1. CIRURGIAS ELETIVAS	607
		2. CIRURGIAS DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	913
		<b>TOTAL</b>	<b>1.520</b>
<b>VI - ALTA HOSPITALAR POR SETOR</b>		OBS: CIRURGIAS SUSPENSAS	
<b>UNIDADES DE INTERNAÇÃO ABERTA</b>		<b>VII.3 - PROCEDIMENTOS POR ESPECIALIDADES</b>	
1- CLÍNICA MÉDICA	345	1- CIRURGIA VASCULAR	199
2- CLÍNICA CIRÚRGICA	2.238	2- CIRURGIA DE TORAX	103
3- CLÍNICA NEUROLÓGICA	239	3- CIRURGIA ORTOPÉDICA	203
4- CLÍNICA ORTOPÉDICA	318	4- CIRURGIA UROLÓGICA	17
5- CLÍNICA VASCULAR	81	5- CIRURGIA NEUROLÓGICA	80
6- ENFERMARIA GERAL MASC / FEM	877	6- LAPAROTOMIAS EXPLORADORAS	173
<b>TOTAL</b>	<b>4.098</b>	7- RE - LAPAROTOMIA	14
<b>VI.1 - UNIDADES DE INTERNAÇÃO FECHADA</b>		8- VIDEO LAPAROSCOPIA	24
1- UTI ADULTO I	9	9- CIRURGIA DE GASTROENTEROLOGIA	222
2- UTI ADULTO II	19	10- CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL	26
3- UNIDADE SEMI-INTENSIVA	11	11- CIRURGIA DE PROCTOLOGIA	21
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	12- CAPTAÇÃO DE ORGÃOS	2
<b>VI.2 - UNIDADES LEITOS DE SERVIÇOS</b>		13- OUTROS PROCEDIMENTOS	104
1- CENTRO CIRÚRGICO	1.197	<b>TOTAL</b>	<b>1.188</b>
2- CENTRO DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICO	72	<b>VIII - INTERVENÇÕES ORTOPÉDICAS NÃO CIRÚRGICAS</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>1.269</b>	1- CURATIVOS ORTOPÉDICOS	326
<b>VI.3 - UNIDADES DE EMERGÊNCIA</b>		2- GESSO FECHADO	28
1- SALA VERMELHA	21	3- TELA GESSADA	300
2- ESTABILIZAÇÃO	12	4- IMOBILIZAÇÃO COM CREPOM	534
3- SALA AMARELA CLÍNICA FEMININA - SAF	541	<b>TOTAL</b>	<b>1188</b>
4- SALA AMARELA CLÍNICA MASCULINA - SAM	643		
5- SALA AMARELA CIRÚRGICA	367		
6- ORTOTRAUMA	321		
7- CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	2.872		
<b>TOTAL</b>	<b>4.777</b>		
Func. Responsável		Coordenação SAME	
		Diretor Unidade	

OBS: O Banco de Leite encontra-se instalado no HEC desde outubro de 2018.

Figura 7 – Mapa estatístico (3 de 4)

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA		MAPA ESTATÍSTICO ANUAL 2018	
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB			
2799758 - HOSPITAL GERAL CLÉRISTON ANDRADE - SAME - ESTATÍSTICA			
<b>IX - ATENDIMENTOS APOIO TERAPEUTICO</b>		<b>XI. V. II - ELETROCARDIOGRAMAS</b>	
1- FISIOTERAPIA	188.510	1- PACIENTES DE AMBULATÓRIO	76
2- FONOAUDIOLOGIA	1.373	2- PACIENTE INTERNADOS	163
3- PSICOLOGIA	977	3- PACIENTES DE EMERGÊNCIA	287
4- ODONTOLOGIA	664	<b>TOTAL</b>	<b>526</b>
5- SERVIÇO SOCIAL	7.916	<b>XI. V. III - ECGARDIOGRAMA</b>	
6- TERAPIA OCUPACIONAL	88	1- PACIENTES DE AMBULATÓRIO	0
7- NUTRIÇÃO CLÍNICA	30.898	2- PACIENTE INTERNADOS	197
<b>TOTAL</b>	<b>230.426</b>	3- PACIENTES DE EMERGÊNCIA	188
<b>X- AGÊNCIA TRANSFUSIONAL</b>		<b>TOTAL</b>	
		<b>385</b>	
1 - TRANSFUÇÃO CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	1.017	<b>XI. V. IV- ENDOSCOPIA</b>	
2- TRANSFUÇÃO CONCENTRADO DE PLAQUETAS	250	1- PACIENTES DE AMBULATÓRIO	35
3- TRANSFUÇÃO PLASMA FRESCO CONGELADO	327	2- PACIENTE INTERNADOS	91
4- TRANSFUÇÃO CRIOPRECIPITADO	71	3- PACIENTES DE EMERGÊNCIA	19
5- TRANSFUÇÃO DE PLAQUETAS POR AFERESE	1	<b>TOTAL</b>	<b>145</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.666</b>	<b>XI. V. V- COLONOSCOPIA</b>	
<b>XI- APOIO DIAGNÓSTICO</b>		1- PACIENTES DE AMBULATÓRIO	0
<b>DIAGNÓSTICO POR IMAGEM</b>		2- PACIENTE INTERNADOS	0
<b>XI.I- DIAGNÓSTICO POR RAGIOLOGIA</b>		3- PACIENTES DE EMERGÊNCIA	0
1- PACIENTES DE AMBULATÓRIO	469	<b>TOTAL</b>	<b>0</b>
2- PACIENTE INTERNADOS	3.907	<b>XI. V.VI- CPRE</b>	
3- PACIENTES DE EMERGÊNCIA	6.071	1- PACIENTES DE AMBULATÓRIO	16
<b>TOTAL</b>	<b>10.447</b>	2- PACIENTE INTERNADOS	33
<b>XI.II - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA</b>		3- PACIENTES DE EMERGÊNCIA	5
1- PACIENTES DE AMBULATÓRIO	351	<b>TOTAL</b>	<b>38</b>
2- PACIENTE INTERNADOS	1.114	<b>TOTAL DE EXAMES REALIZADOS</b>	
3- PACIENTES DE EMERGÊNCIA	1.781		
<b>TOTAL</b>	<b>3.246</b>	<b>XI. V. VII - DIAGNOSTICO EM LABORATÓRIO</b>	
<b>XI. IV- DIAGNÓSTICO POR ULTRASONOGRAFIA</b>		1- PARASITOLOGIA	104
1- PACIENTES DE AMBULATÓRIO	104	2- UROANALISE	2.286
2- PACIENTE INTERNADOS	267	3- BIOQUÍMICA	248.921
3- PACIENTES DE EMERGÊNCIA	134	4- HEMATOLOGIA	259.995
<b>TOTAL</b>	<b>505</b>	5- IMUNOLOGIA	16.739
<b>XI. V- OUTROS</b>		<b>TOTAL DE EXAMES REALIZADOS</b>	
		<b>528.045</b>	
<b>XI. V. I - MAMOGRAFIAS</b>		<b>XII - AMBULATÓRIO</b>	
1- PACIENTES DE AMBULATÓRIO	5	1- PACIENTES REGULADOS	216
2- PACIENTE INTERNADOS		2- EGRESSOS DA INTERNAÇÃO HGCA	3.268
3- PACIENTES DE EMERGÊNCIA		3- PACIENTE DO AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	151
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	4- OUTROS	343
		6- <b>TOTAL DE ATENDIMENTOS</b>	<b>3.978</b>

Func. Responsável	Coordenação SAME	Diretor Unidade
-------------------	------------------	-----------------

OBS: O Banco de Leite encontra-se instalado no HEC desde outubro de 2018.

Figura 8 – Mapa estatístico (4 de 4)

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA		MAPA ESTATÍSTICO ANUAL 2018	
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB			
2799758 - HOSPITAL GERAL CLÉRISTON ANDRADE - SAME - ESTATÍSTICA			
<b>XIII . CONSULTAS MÉDICAS</b>		<b>XV.I - OUTROS</b>	
1- ANGIOLOGISTA	870	1- CONSULTAS DE ENFERMAGEM NAPF	564
2- BUCOMAXILO	231	2- CONSULTA DE ENFERMAGEM CIRURGIA ELETIVA	235
3- CARDIOLOGIA	1.122	3- ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO GRUPO (SIAS)	198
4- CIRURGIA GERAL	1.878	<b>TOTAL</b>	<b>997</b>
5- CIRURGIA PLÁSTICA	76	<b>XVI - SAÚDE DO TRABALHADOR</b>	
6- CIRURGIA DE TÓRAX	318	1- ATENDIMENTO AO TRABALHADOR	140
7- ENDOCRINOLOGIA	540	2- PRÁT. CORPORAL/ATIV. FÍSICA POR GRUPO	94
8- GASTRO	230	3- CONSULTAS MÉDICAS EM S. DO TRABALHADOR	65
9- HEMATOLOGIA	262	4- ATIVIDADE EDUCATIVA SAÚDE DO TRABALHADOR	13
10- MIELOGRAMA	0	<b>TOTAL</b>	<b>312</b>
11- NEFROLOGIA	100	<b>XVII - SENIUT</b>	
12- NEUROLOGIA	3.115	<b>XVIII - REFEIÇÕES FORNECIDAS</b>	
13- ORTOPIEDIA	2.024	1- REF. DE PACIENTES	82.200
14- PEQUENA CIRURGIA	233	2- REF. ACOMPANHANTES	36.123
15- PNEUMOLOGIA	910	3- UNIDADES EXTRAS	5.991
16- PROCTOLOGIA	502	4- SERVIDORES	51.207
17- REUMATOLOGIA	441	<b>TOTAL</b>	<b>175.521</b>
18 - UROLOGIA	1.037	<b>XVII. II - OUTROS</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>12.011</b>	1- DIETAS ENTERAIS	5.165
<b>XIV .REVISÕES DE CIRURGIA</b>		2- DIETAS PARENTERAIS	444
1- CIRURGIA GERAL	365	<b>TOTAL</b>	<b>5.609</b>
2- CIRURGIA VASCULAR	220	<b>XVIII - CENTRO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE</b>	
3- CIRURGIA ORTOPÉDICA	106	1- ATIVIDADES EDUCACIONAIS	44
4- CIRURGIA DE TÓRAX	109	2- PARTICIPANTES/MÊS	1.370
5- CIRURGIA UROLÓGICA	88	<b>XIX - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	
6- NEUROCIRURGIA	212	1- ATIVIDADES EDUCACIONAIS	EM IMPLANT.
7- CIRURGIA DE PROCTOLOGIA	145	2- PARTICIPANTES/MÊS	
8- CIRURGIA PLÁSTICA	8	3- NOTIFICAÇÃO DE NÃO-CONFORMIDADE	
9- CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL	77	4- ATIVIDADE DE MONITORAMENTO	
<b>TOTAL</b>	<b>1330</b>	<b>XX - BANCO DE LEITE</b>	
<b>XV. PROCEDIMENTOS E EXAMES</b>		1- ATIV. EDUC. COM GRUPO NA UNIDADE	6
1- ESPIROMETRIA	56	2-VISITA DOMICILIAR	85
2-PEQUENAS CIRURGIAS	80	3- COLETA DE LEITE HUMANO	95
3- PUNÇÃO DE TIRÉOIDE GUIADO POR USG	14	4- ORDENHAS MAMÁRIA	64
4- CURATIVOS COMPLEXOS	818	5- CONSULTA/ATEND. DE MÃES	39
5- COLETAS PARA BIOPSIAS	0	6- PUERICULTURA	21
<b>TOTAL</b>	<b>968</b>	<b>TOTAL</b>	<b>310</b>
		XVII.I- TOTAL LEITE COLETADO/MÊS (ML)	24.750
Func. Responsável		Coordenação SAME	
		Diretor Unidade	

OBS: O Banco de Leite encontra-se instalado no HEC desde outubro de 2018.