



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, VIGILÂNCIA DE
ZONOSESE DE INSPEÇÃO AGROPECUÁRIA
COORDENADORIA GERAL DE INOVAÇÃO, PROJETOS, PESQUISA E
EDUCAÇÃO SANITÁRIA

Isabela Alcantara Galhardo

**A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS SOBRE
A CULTURA DE SEGURANÇA EM UMA INSTITUIÇÃO
HOSPITALAR.**

Rio de Janeiro

2023

Isabela Alcantara Galhardo

**A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS SOBRE A CULTURA DE
SEGURANÇA EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR.**

**Trabalho de Conclusão de Residência
do Programa de Residência
Multiprofissional em Vigilância
Sanitária do Instituto de Vigilância
Sanitária, Vigilância de Zoonose e
Inspeção Agropecuária do Rio de
Janeiro**

Orientadora: Mônica Silva e Sousa

**Co-orientadora: Patrícia Maria de
Sousa Rocca**

Rio de Janeiro

2023

Isabela Alcantara Galhardo

A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR.

Trabalho de Conclusão de Residência do Programa de Residência Multiprofissional em Vigilância Sanitária do Instituto de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonose e Inspeção Agropecuária do Rio de Janeiro

**Orientadora: Mônica Silva e Sousa
Co-orientadora: Patrícia Maria de Sousa Rocca**

Rio de Janeiro, 17 de março de 2023

Me. Mônica Silva e Sousa (IVISA-Rio) - Orientadora

Dra. Sabrina da Costa Machado Duarte (UFRJ)

Me. Sonia Silva Ramirez (SMS-RJ)

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me guiar nestes dois anos de residência.

Aos meus pais, por me apoiarem e me escutarem.

À todos aqueles profissionais que conheci durante essa trajetória que compartilharam seus conhecimentos comigo e contribuíram para o meu crescimento profissional.

À coordenação do Programa de Residência Multiprofissional em Vigilância Sanitária por todo suporte.

À minha orientadora e co-orientadora pelo direcionamento e confiança.

RESUMO

A elevada ocorrência de eventos adversos relacionados aos medicamentos nas organizações hospitalares têm consequências tanto para a instituição quanto para o paciente, dessa forma, faz-se necessário atentar-se para os processos que interferem na qualidade do cuidado. Avaliar a cultura de segurança do paciente possibilita compreender os aspectos relacionados à segurança do paciente que precisam de adequações e requerem mais atenção. Essa pesquisa teve como objetivo verificar a cultura de segurança da instituição hospitalar na percepção dos profissionais farmacêuticos. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, do tipo Survey com abordagem quantitativa, por meio da aplicação do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture aos profissionais farmacêuticos. Foram convidados a participar da pesquisa 13 profissionais farmacêuticos que atuam no serviço de farmácia. O questionário foi aplicado, presencialmente, aos participantes em momento oportuno para que a continuidade da prestação de serviço não fosse comprometida. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a fevereiro de 2023. Os dados foram organizados no programa Microsoft Excel®. Para a análise e interpretação das dimensões da cultura de segurança, foi aplicada a metodologia proposta pela *Agency Healthcare Research and Quality (AHRQ)*. A análise dos dados mostrou que nenhuma dimensão da cultura de segurança do paciente foi classificada como fortalecida. As dimensões avaliadas apresentaram percentuais de respostas positivas classificadas como frágeis em relação à cultura de segurança do paciente. A maioria dos profissionais (92%) não fez nenhuma notificação no período de 12 meses; em relação à variável que busca conhecer a percepção dos participantes sobre a segurança do paciente em sua unidade de trabalho, foi observado que o maior percentual (58%) considera a segurança do paciente regular. Conclusões: Evidenciou-se que a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais farmacêuticos mesmo em áreas classificadas como neutra e frágeis apresentam potencial para se fortalecerem, uma vez que há itens componentes de dimensões classificados como fortalecidos. Outros aspectos favoráveis ao fortalecimento da segurança estão associados às variáveis sociodemográficas, como o tipo de vínculo empregatício e o tempo de trabalho dos profissionais dentro da instituição e na área. Reconhecer que avaliar a cultura

de segurança do paciente é o meio de conhecer potencialidades e fragilidades da organização já é um grande avanço para promover uma assistência segura e de qualidade para o paciente.

Palavra-chave: Segurança do Paciente; Cultura de Segurança do Paciente; Gestão de Riscos

ABSTRACT

The high incidence of adverse drug events in hospital organizations has consequences for both the institution and the patient. Therefore, it is necessary to pay attention to the processes that interfere with the quality of care. Evaluating the patient safety culture allows for an understanding of aspects related to patient safety that require adjustments and more attention. The objective of this research was to verify the safety culture of a hospital institution from the perspective of pharmacy professionals. This is a descriptive, cross-sectional study of the Survey type with a quantitative approach, using the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire applied to pharmacy professionals. Thirteen pharmacy professionals working in the pharmacy department were invited to participate in the research. The questionnaire was applied in person at an opportune moment so as not to compromise the continuity of service. Data collection took place from January to February 2023. The data were organized in Microsoft Excel®. For the analysis and interpretation of safety culture dimensions, the methodology proposed by the Agency Healthcare Research and Quality (AHRQ) was applied. The analysis of the data showed that no dimension of the patient safety culture was classified as strong. The dimensions evaluated presented percentages of positive responses classified as weak regarding patient safety culture. The majority of professionals (92%) did not report any incidents in the 12-month period. In terms of the variable seeking to know the participants' perception of patient safety in their workplace, the highest percentage (58%) considered patient safety to be average. Conclusions: It was evident that the patient safety culture from the perspective of pharmacy professionals, even in areas classified as neutral and weak, has the potential to strengthen, as there are items that are components of dimensions classified as strong. Other favorable aspects for strengthening safety are associated with sociodemographic variables, such as the type of employment relationship and the length of time professionals have worked in the institution and in the area. Recognizing that evaluating patient safety culture is the means of knowing potentialities and weaknesses of the organization is already a great advance in promoting safe and quality care for the patient.

Keyword: Patient Safety; Patient Safety Culture; Risk Management

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Percepção geral da segurança do paciente	49
Figura 2. Eventos notificados nos últimos 12 meses.....	50

LISTA DE QUADROS/ TABELAS

Quadro 1. Dimensões da qualidade do cuidado de saúde segundo Donabedian ...	18
Quadro 2. Dimensões da qualidade do cuidado de saúde segundo o IOM.....	18
Quadro 3. Classificação Internacional de Segurança do Paciente	20
Quadro 4. Quantidade de itens avaliados em cada dimensão e definição	32
Quadro 5. Comentários dos profissionais sobre a segurança do paciente.....	50
Tabela 1. Variáveis sociodemográficas	38
Tabela 2. Variáveis laborais	39
Tabela 3. Percentuais de respostas positivas das dimensões.....	42
Tabela 4. Respostas positivas aos itens da dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades”	42
Tabela 5. Respostas positivas aos itens da dimensão “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente”	43
Tabela 6 Respostas positivas aos itens da dimensão “aprendizado organizacional - melhoria contínua”.....	44
Tabela 7. Respostas positivas aos itens da dimensão “apoio da gestão para a segurança do paciente”.....	44
Tabela 8. Respostas positivas aos itens da dimensão “percepção geral da segurança do paciente”.....	45
Tabela 9. Respostas positivas aos itens da dimensão “retorno da informação e da comunicação sobre erros”	45
Tabela 10. Respostas positivas aos itens da dimensão “abertura da comunicação”.....	46
Tabela 11. Respostas positivas aos itens da dimensão “frequência da notificação de eventos”	46
Tabela 12. Respostas positivas aos itens da dimensão “trabalho em equipe entre as unidades”	47
Tabela 13. Respostas positivas aos itens da dimensão “adequação de pessoal”	47
Tabela 14. Respostas positivas aos itens da dimensão “transição do cuidado e transferências”	48
Tabela 15. Respostas positivas aos itens da dimensão “respostas não punitivas aos erros”	48

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CFF Conselho Federal de Farmácia

CSP Cultura de Segurança do Paciente

EA Eventos Adversos

EAM Eventos Adversos a Medicamentos

EM Erros de Medicação

FDA Food and Drug Administration

HSC Health and Safety Commission

HSOPSC Hospital Survey on Patient Safety Culture

IOM Institute of Medicine

MS Ministério da Saúde

NOTIVISA Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária

NSP Núcleo de Segurança do Paciente

OAC Organizações de Alta Confiabilidade

OMS Organização Mundial de Saúde

PNSP Programa Nacional de Segurança do Paciente

RDC Resolução da Diretoria Colegiada

SMS-RJ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SNVS Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SUBHUE Subsecretaria de Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VS Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	JUSTIFICATIVA	15
3	OBJETIVOS	16
3.1	Geral.....	16
3.2	Específicos	16
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
4.1	Aspectos Teóricos da Qualidade.....	17
4.1.1	Dimensões da Qualidade	17
4.2	Segurança do Paciente.....	19
4.2.1	Eventos Adversos Relacionados aos Medicamentos	20
4.2.2	Papel do Farmacêutico na Segurança do Paciente	21
4.3	Cultura Organizacional	22
4.3.1	Cultura de Segurança.....	23
4.3.2	Organizações de Alta Confiabilidade.....	24
4.4	Aspectos Regulatórios da Segurança do Paciente.....	26
5	MATERIAIS E MÉTODOS.....	30
5.1	Tipo de estudo.....	30
5.2	Local do estudo.....	30
5.3	População do estudo	30
5.4	Instrumento de coleta	31
5.5	Coleta de dados	33
5.6	Tratamento e análise dos dados.....	34
5.7	Considerações Éticas	37
6	RESULTADOS	38
6.1	Percentual de resposta do questionário	38
6.2	Perfil sociodemográfico dos participantes	38
6.3	Avaliação geral da cultura de segurança do paciente	41
6.4	Comentários dos profissionais sobre a segurança do paciente	50
7	DISCUSSÃO.....	52
7.1	Percentual de resposta do questionário	52
7.2	Perfil sociodemográfico dos participantes	52
7.3	Avaliação das dimensões da cultura de segurança do paciente.....	53
7.4	Avaliação dos comentários sobre segurança do paciente	57

8 CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	67
ANEXOS	70
Anexo 1	70
Anexo 2	77
Anexo 3	79

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a disseminação de informação em saúde, a incorporação e avanço das tecnologias em saúde marcaram uma importante mudança de cenário no que diz respeito ao cuidado em saúde, o que levou a busca por qualidade nos serviços de saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

O termo cultura de segurança passou a ser objeto de estudo de diversos pesquisadores no início da década de 1980 com o objetivo de buscar explicações para as causas dos acidentes de trabalho. No âmbito dos serviços de saúde, o termo cultura de segurança é definido como o “conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde” (BRASIL, 2013a; GONÇALVES FILHO et al, 2011; PEREIRA; NETO, 2020).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), verifica-se que a falta de cultura de segurança do paciente (CSP) nos países em desenvolvimento, propicia a ocorrência de eventos adversos (EAs) (ANVISA, 2016b). Estudos recentes demonstram que no Brasil, cerca de 65% da mortalidade é oriunda de EAs e que 16,2% dos custos das despesas hospitalares estão relacionados a estes (SOUZA; MENDES, 2019).

Os hospitais com perfil de urgência e emergência devido a condições como o clima organizacional, a alta tensão da equipe assistencial, a rotatividade e dinâmica de atendimentos contribuem para o estresse, escassez de profissionais e atitudes inseguras, propiciando a ocorrência de falhas que podem facilitar que EAs ocorram, principalmente com relação aos processos que envolvem os medicamentos (SOUZA; MENDES, 2019).

Segundo Oliveira et al (2005), os erros nos processos que envolvem o manejo de medicamentos são considerados um problema multidisciplinar, que requer sensibilização dos profissionais para o planejamento e cumprimento das práticas seguras, reduzindo a ocorrência de erros potenciais. Os erros relacionados à medicamentos podem ocorrer em qualquer etapa da terapia medicamentosa e podem contribuir para o aumento do tempo de internação

hospitalar, gerar complicações no quadro clínico do paciente e até contribuir para o óbito (DE BORTOLI CASSIANI; GIMENES; MONZANI, 2009).

As atividades desempenhadas pelos farmacêuticos de uma unidade hospitalar visam contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente, promovendo o uso seguro e racional de medicamentos, dessa forma demonstra-se o protagonismo deste profissional no serviço de saúde e harmonia com as metas internacionais para o fortalecimento das práticas de segurança do paciente (CFF, 2008).

Embora as atribuições deste profissional visem mitigar a ocorrência de EAs, ainda há elevados registros de danos relacionados aos medicamentos. Diante deste cenário, a cultura de segurança desempenha um papel estratégico para o aprendizado e aprimoramento organizacional e engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando os processos de responsabilização individual (BRASIL, 2013b).

2. JUSTIFICATIVA

Dados da OMS estimam que aproximadamente 6% dos pacientes hospitalizados experimentam um evento adverso relacionado a medicamento (EAM) durante sua hospitalização. De acordo com a agência americana Food and Drug Administration (FDA), os erros de medicação (EM) causam pelo menos uma morte todos os dias e danos a aproximadamente 1,3 milhão de pessoas anualmente (WHO, 2017b).

Os custos globais relacionados a EM representam cerca de R\$136 bilhões por ano, o que equivale a quase 1% do total das despesas de saúde globais (OPAS, 2021).

O aumento significativo de pesquisas relacionadas à segurança do paciente e EM tem levado a uma maior compreensão do tema, confirmando sua importância como problema de saúde pública mundial (ANACLETO et. al, 2010).

Estudos internacionais demonstram que a presença de cultura de segurança é um fator importante no esforço de contribuir para a redução de EAs no hospital e promover a melhoria da segurança do paciente (WANG, 2014).

Conhecer e avaliar a cultura de segurança de prestadores do cuidado em saúde implica, diretamente, nas atividades de promoção da segurança do paciente, além de ser uma ferramenta para a gestão de risco, pois ao identificar as potencialidades e fragilidades não apenas da organização, mas também dos profissionais, os gestores dispõem de subsídios que irão nortear suas ações e promover melhorias de modo a estabelecer uma cultura positiva e forte dentro dos serviços de saúde (COSTA,2018).

Com o intuito de acompanhar esta tendência, o presente estudo visa compreender a cultura de segurança através da percepção dos profissionais farmacêuticos atuantes em hospital municipal de alta complexidade da rede municipal de saúde da cidade do Rio de Janeiro.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Verificar a cultura de segurança da instituição hospitalar na percepção dos profissionais farmacêuticos.

3.2 Objetivos Específicos

- Traçar o perfil dos profissionais farmacêuticos que atuam na instituição hospitalar;
- Identificar as potencialidades e as fragilidades da cultura de segurança na percepção dos profissionais farmacêuticos.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Aspectos teóricos da Qualidade

O conceito de qualidade é dinâmico e vêm se modificando ao longo da história, introduzindo novos elementos à medida que as organizações e sociedades progridem (SILVA, 2014). Em virtude do caráter multidimensional e subjetivo, a qualidade no setor saúde apresenta significados diversos para pacientes, profissionais de saúde, gestores, financiadores e autoridades governamentais (SOUSA; MENDES, 2019).

Recentes publicações da OMS demonstraram que ainda não há uma definição de “qualidade” que seja universalmente aceita, embora haja um entendimento comum dos conceitos e dimensões.

De acordo com a OMS (WHO, 2007), a qualidade dos serviços de saúde é definida como “o grau em que os serviços de saúde prestados a pessoas e populações aumentam a probabilidade de se obter os resultados favoráveis e são coerentes com o conhecimento científico corrente”.

Os estudos na área de qualidade em saúde foram desenvolvidos pelo pesquisador Avedis Donabedian, que deu início à ideia de mensurar a qualidade dos serviços de saúde por meio da avaliação da qualidade que envolve elementos como a estrutura, o processo e o resultado, dando origem à Tríade Donabediana.

A “estrutura” corresponde a forma como os serviços são organizados. Considera a infra-estrutura física, os sistemas de apoio, recursos humanos, disponibilidade de equipamentos e suprimentos necessários e condições organizacionais; o “processo” refere-se à prestação da assistência ao paciente de acordo com que os protocolos técnico-científicos estabelecidos e o “resultado” relaciona-se ao desfecho desses processos sobre o estado de saúde do paciente e para a organização (Donabedian, 1980).

4.1.1 Dimensões da Qualidade

Na década de 1990, outra importante contribuição de Donabedian foi a criação de sete dimensões da qualidade voltadas para a qualidade do cuidado de saúde, conhecidos como os Sete Pilares da Qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Quadro 1).

Quadro 1 - Dimensões da qualidade do cuidado de saúde segundo Donabedian.

Dimensões	Definição
Eficácia	Capacidade do cuidado de contribuir para uma melhor condição de saúde do paciente.
Efetividade	Alcance da melhoria na saúde de acordo com o grau atingível que os estudos preconizam como alcançável.
Eficiência	Habilidade de obter melhor resultado ao menor custo.
Otimização	Equilíbrio entre custo/benefício.
Aceitabilidade	Adaptação dos cuidados de saúde aos desejos, expectativas e valores do paciente e sua família.
Legitimidade	Conformidade com as preferências sociais no que se refere aos aspectos anteriormente mencionados.
Equidade	Igualdade na distribuição dos cuidados e de seus benefícios entre os sujeitos da sociedade.

Fonte: Sousa; Mendes, 2019. Traduzido de Donabedian, 1990

Em 2001, o Institute of Medicine (IOM) dos Estado Unidos publicou o relatório “Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century”, no qual reconheceu dimensões para assegurar e melhorar a qualidade do cuidado em saúde, dentre elas, destaca-se a segurança (Quadro 2).

Quadro 2 - Dimensões da qualidade do cuidado de saúde segundo o IOM.

Dimensões	Definição
Segurança	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente)
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.

Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo o desperdício associado ao uso de equipamento, suprimentos, ideias e energia.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Fonte: Sousa; Mendes, 2019. Traduzido de Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21 st Century, 2001

Gama e Saturno (2017) fizeram uma afirmação sobre a relação entre qualidade e segurança, ao constatar que são componentes indissociáveis. Portanto, os sistemas de saúde que reduzem a um mínimo possível os riscos de dano ao paciente estão consequentemente aumentando a qualidade de seus serviços.

4.2 Segurança do Paciente

A segurança do paciente, como uma das dimensões da qualidade do cuidado de saúde, passou a ser foco de discussão nos últimos anos, devido principalmente à publicação dos dados preocupantes levantados pelo relatório “Errar é Humano” do IOM em 1999. Segundo o relatório, foi observado que anualmente aproximadamente 100 mil pessoas foram a óbito em hospitais nos Estados Unidos vítimas de lesões ou danos ao paciente ocasionados pelo cuidado de saúde (SOUSA; MENDES, 2019).

O ano de 2004 foi marcado pelo lançamento do *Patient Safety Program*, criado pela OMS, que tem por finalidade, coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança do paciente em termos mundiais, visando mitigar os erros advindos da assistência prestada. (ANVISA, 2016a; BRASIL, 2014).

Dentre as medidas tomadas, estão o desenvolvimento de uma classificação internacional de segurança do paciente elaborada para padronizar a definição dos conceitos-chave (Quadro 3), a formação da Unidade de Segurança e Gerenciamento de Risco da OMS, que instituiu os Desafios Globais de Segurança do Paciente, cujo objetivo é identificar áreas de risco significativo para a segurança do paciente e fomentar o desenvolvimento de ferramentas e estratégias de prevenção de danos (WHO, 2017a).

Quadro 3 - Classificação Internacional de Segurança do Paciente.

Conceitos-Chave	Definição
Segurança do Paciente	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
Near Miss	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: BRASIL, 2014

Até a presente data, foram lançados três desafios, com os temas “Higienização das Mãos” em 2005 que objetivou reduzir as infecções associadas aos cuidados em saúde, “Cirurgia Segura” em 2008 devido ao risco associado às cirurgias e mais recentemente em 2017 o tema “Medicação sem Danos” em consequência do alto risco de danos associados ao uso de medicamentos (WHO, 2005; 2008; 2017b).

4.2.1 Eventos Adversos Relacionados aos Medicamentos

Os EM são definidos pelo National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention como “qualquer evento evitável que possa causar ou induzir ao uso inadequado de medicamentos ou danos ao paciente enquanto o medicamento está sob os cuidados do profissional de saúde, do paciente ou do consumidor”. Esses erros são responsáveis pela ocorrência de morbidade, hospitalizações, mortalidade e aumento dos custos em saúde (BRASIL, 2019).

Os EAM estão entre os eventos mais comuns na assistência à saúde em todo o mundo. Dados da OMS estimam que cerca de um quarto dos EAM são devidos a EM. Estudos realizados em hospitais públicos brasileiros mostraram que os EM ocorrem principalmente durante a prescrição, a administração e a

preparação de medicamentos e outro estudo realizado em um hospital de ensino dos EUA corrobora estes achados, ao demonstrar que 49% dos erros encontrados foram na fase de prescrição, 11% na transcrição, 14% na dispensação e 26% na administração dos medicamentos (BRASIL, 2019; OLIVEIRA et al, 2005; WHO, 2017b).

As causas dos EM são multifatoriais, podendo estar relacionadas à prática profissional, aos produtos, procedimentos e sistemas de saúde. A combinação de qualquer um deles pode afetar a prescrição, dispensação, consumo e monitoramento de medicamentos, resultando em danos graves, incapacidade e até morte (BRASIL, 2019; OPAS, 2017).

Dentre as etapas que apresentam elevado potencial de ocasionar dano ao paciente, destacam-se os erros relacionados a prescrição, transcrição, documentação, distribuição, dispensação, preparo, administração, armazenamento, monitoramento e de informação/educação em medicamentos (ANACLETO, 2010; CFF, 2021).

Diante desse cenário, o Desafio Global de Segurança do Paciente em Segurança de Medicamentos visa reduzir em 50% os danos graves e evitáveis associados a medicamentos em todos os países nos próximos cinco anos, por meio da promoção de melhorias em cada estágio do processo do uso de medicamentos, incluindo a prescrição, a dispensação, a administração, o monitoramento e o uso nas instituições de saúde (OPAS, 2017).

4.2.2 Papel do Farmacêutico na Segurança do Paciente

De acordo com o Conselho Federal de Farmácia, os profissionais farmacêuticos compõem a equipe mínima para o funcionamento de um hospital, dessa forma são parte integrante e indispensável para a prestação da assistência integral à saúde. Estes profissionais exercem atribuições clínicas, administrativas e consultivas relacionadas a medicamentos e produtos para a saúde que impactam diretamente a assistência de demais profissionais que estão na ponta.

O serviço de farmácia é uma organização complexa que envolve atividades relacionadas com os medicamentos, englobando intervenções logísticas relativas à seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos, bem como as ações assistenciais que compreendem a farmácia clínica, como a dispensação, conciliação, análise e

acompanhamento da farmacoterapia, análise de exames laboratoriais e monitoramento de fármacos e farmacovigilância (MENDES, 2010).

O objetivo da prática farmacêutica é “contribuir para a melhoria da saúde e ajudar os pacientes com problemas de saúde a fazerem o melhor uso de seus medicamentos” (CFF, 2021).

No que tange a atuação na atenção hospitalar, os farmacêuticos desempenham um papel fundamental para garantir a segurança do paciente, trabalhando sozinhos ou como membros da equipe de saúde, pois são especialistas em medicamentos e no processo de uso destes, logo são capazes de assegurar a segurança do paciente durante todo o processo, que envolve desde a seleção até a dispensação e monitoramento (CFF, 2021).

As contribuições dos farmacêuticos para a segurança no uso de medicamentos, normalmente está centrada principalmente na cadeia de distribuição. Entretanto, suas atribuições vão além e incluem assegurar a prescrição adequada de medicamentos, com posologias e formas farmacêuticas apropriadas; esclarecer instruções sobre o uso de medicamentos; identificar e prevenir possíveis interações medicamento-medicamento e medicamento-alimento; evitar reações adversas a medicamentos conhecidas e previsíveis; minimizar tratamentos desnecessários; e considerar o custo dos medicamentos (CFF, 2021).

A ocorrência de EAs durante a prestação de cuidados é um indicativo da presença de falhas nos processos de trabalho. O papel-chave do farmacêutico na garantia do uso seguro de medicamentos, retrata a importância da cultura de segurança e da gestão dos riscos. Dessa forma, uma organização que dispõe de uma cultura organizacional que implementa regularmente as melhores práticas e que evita a culpabilização quando os erros são cometidos é o melhor ambiente para prestar cuidados seguros (ANVISA, 2016a; CFF, 2021; OPAS, 2021).

4.3 Cultura Organizacional

A cultura organizacional é compreendida como um conjunto de valores, normas e competências que produz influência sobre o comportamento e ações de uma equipe em uma organização (REIS, 2013). De acordo com Reis (2013), a cultura organizacional apresenta cinco níveis de evolução da maturidade: 1) patológica; 2) reativa; 3) calculada; 4) proativa; 5) participativa.

1) A cultura patológica, é a fase mais imatura, as falhas são encobertas, as informações não são divulgadas e novas ideias não são consideradas. Não há engajamento com iniciativas de segurança, a troca de conhecimentos não é encorajada e as medidas são tomadas por imposição de normas legislativas e reguladoras; 2) Já a cultura reativa limita-se a reagir a eventos, tenta identificar um culpado próximo. As ações corretivas são tomadas após a ocorrência de incidentes; 3) A cultura calculista gerencia a segurança administrativamente, por meio da coleta de dados. As melhorias são impostas pelos gerentes e não conta com a colaboração dos demais; 4) A cultura proativa, conta com a iniciativa dos funcionários para melhorar a segurança e incorporam em suas rotinas diárias as medidas de segurança, levando a melhoria dos processos; 5) O nível mais maduro, é a cultura participativa, onde a informação é ativamente procurada e os profissionais buscam por melhorias contínuas. Novas ideias são bem-vindas e a segurança está incorporada nas operações diárias, favorecendo um ambiente livre de culpas (ANVISA 2016b, REIS, 2013). Sendo assim, conhecer a maturidade da cultura existente na organização é fundamental para desenvolver estratégias para a implementação de mudanças, caso seja necessário (GONÇALVES FILHO et al, 2011).

4.3.1 Cultura de Segurança

No ano de 1980 o relatório técnico sobre o acidente na usina nuclear de Chernobyl foi divulgado e lançou a expressão “cultura de segurança”. Alguns autores consideram que a cultura de segurança é uma particularidade da cultura organizacional (GONÇALVES FILHO et al, 2011; PEREIRA; NETO, 2020).

De acordo com a Health and Safety Commission (HSC) da Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations, a cultura de segurança é definida como “o produto dos valores, atitudes, percepções, competências e padrão de comportamento de indivíduos e grupos que determinam o comprometimento, o estilo e a proficiência do gerenciamento da segurança do trabalho da organização” (GONÇALVES FILHO et al, 2011).

Os processos altamente complexos e a interdependência entre serviços, departamentos, equipamentos, tecnologias e profissionais elevam o risco das

organizações de saúde, logo, a influência da cultura de segurança é uma questão-chave para a organização de saúde (SOUZA; MENDES, 2019).

Já para o contexto das organizações de saúde, Nieva e Sorra (2003) conceituaram a CSP como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização de saúde com a gestão da segurança do paciente.

As organizações com culturas de segurança positivas, segundo a HSC, são caracterizadas pela comunicação fundada na confiança mútua, pela percepção compartilhada da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas (GONÇALVES FILHO et al, 2011).

A construção da cultura de segurança positiva na organização considera as condutas tanto da gestão quanto dos profissionais. É por meio da promoção da valorização da comunicação sobre informações pertinentes à segurança e ocorrência de erros com a descrição dos fatores envolvidos em sua ocorrência, que a gestão é capaz de desenvolver regras de segurança reais e viáveis para garantir que as equipes sejam bem treinadas e educadas sobre as consequências de atos inseguros. No que diz respeito aos profissionais, estes devem compreender os riscos que envolvem o seu ambiente de trabalho e a realização da sua função (REIS, 2013).

Diante da importância e relevância da cultura de segurança nas organizações, nos últimos anos verificou-se a ampliação do conceito de segurança do paciente, que passa a ser: “Uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde que reduz riscos de forma consistente e sustentável, diminui a ocorrência de dano evitável, torna os erros menos prováveis e reduz o impacto do dano quando este ocorrer” (OMS, 2021)

4.3.2 Organizações de alta confiabilidade

Considerando o alto risco das atividades realizadas nos serviços de saúde, o autor James Reason descreve esses estabelecimentos como organizações de alta confiabilidade (OAC) (ANVISA, 2017). Essas organizações têm como característica, a capacidade de antecipar problemas, utilizar dados para monitorizar processos e condições de trabalho, responder

a sinais em antecipação de desafios, e aprender consistentemente com êxitos e fracassos (OMS, 2021).

Ainda de acordo com James Reason, a ocorrência dos erros é consequência das situações que envolvem riscos operacionais e humanos (REIS, 2013). Os fatores humanos são essenciais para criar sistemas de saúde de alta confiabilidade. Compreender como surgem os problemas de segurança e como esse conhecimento pode ser aplicado para construir as defesas do sistema pode tornar os sistemas mais resistentes a acidentes e eventos adversos (OMS, 2021). Historicamente, as organizações de saúde apresentam uma postura de cultura de culpabilidade mediante a ocorrência de falhas. Porém, a promoção de um cuidado mais seguro depende de uma organização que disponha de uma cultura de segurança que tenha como alicerces a cultura justa, que se baseia na não punição dos profissionais por seus erros e falhas, ao passo que não tolera violações; a cultura de relato e notificação incentiva os profissionais a relatar e notificar os erros sem receio de culpa ou punição; a cultura voltada à aprendizagem a partir dos erros, permite que as informações sejam compartilhadas, sendo, portanto, uma estratégia fundamental para reconhecer a falibilidade humana, os erros que ocorrem no ambiente de trabalho e, a partir daí, viabilizar mudanças na estruturação dos sistemas de prestação de cuidados, contribuindo para a redução dos fatores contribuintes do cuidado inseguro (ANVISA, 2016b; REIS, 2013).

Com o objetivo de trabalhar a confiabilidade das organizações, a OMS em 2021 publicou o Plano Global de Segurança do Paciente 2021-2030 que trás como um de seus princípios, estimular uma cultura de segurança na concepção e prestação de cuidados de saúde. Segundo o plano, desenvolver uma cultura de segurança é fundamental para o aprimoramento de segurança do paciente.

A adoção de políticas e intervenções legislativas, o comprometimento da liderança, transparência, comunicação aberta e respeitosa, aprendizado a partir dos erros e melhores práticas, e a política de não culpabilização e responsabilização são componentes indispensáveis para promover um ambiente favorável para o crescimento da cultura de segurança (OMS, 2021).

Vale destacar que uma forte cultura de segurança não é apenas essencial para reduzir os danos ao paciente, mas também crucial para prover um ambiente de trabalho seguro para profissionais da saúde (OMS, 2021).

4.4 Aspectos regulatórios da Segurança do Paciente

A combinação de processos, tecnologias e interações humanas no serviço de saúde propiciam a ocorrência de riscos para a segurança do paciente. O risco é definido como a probabilidade de ocorrência de EA ou inesperado, que cause doença, danos à saúde ou morte em um ou mais membros da população, em determinado lugar, num dado período de tempo (BRASIL, 2018).

A Lei 8.080/1990 inclui a vigilância sanitária (VS) como campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a define como “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir, ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde” (BRASIL, 1990).

A natureza das ações da VS são sobretudo preventivas, perpassando desde a promoção à proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Os serviços de saúde como os hospitais, são atividades que estão sujeitas à VS e são classificados quanto ao grau de risco como estabelecimentos de alto risco, pois desempenham atividades que exigem inspeção sanitária ou análise documental prévia por parte do órgão responsável para a emissão da licença sanitária, antes do início da operação do estabelecimento (ANVISA, 2016b; BRASIL, 2017).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde (MS), com atuação em todo território nacional, que tem como compromisso proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado (BRASIL, 1999; 2016).

A regulamentação é uma ferramenta exercida pelo órgão regulador para fortalecer a assistência à saúde de forma a promover, por meio de padrões mínimos descritos em suas normas, a segurança, a qualidade e, como consequência, a mitigação dos riscos (ANVISA, 2017).

A ANVISA e o MS, para alcançar as diretrizes estabelecidas pela OMS na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, seguem empenhadas em desenvolver ações visando à segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde.

O marco regulatório sobre a segurança do paciente no Brasil, iniciou-se com a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 63 de 2011, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde e inclui o gerenciamento da qualidade com ações voltadas para a prática da segurança do paciente nos serviços de saúde.

O desenvolvimento desse tema se deu no ano de 2013, com a publicação da Portaria nº. 529 do MS que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, especialmente, na prevenção, monitoramento e redução da incidência de EAs nos atendimentos prestados, promovendo melhorias relacionadas à segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde (BRASIL, 2013b).

Nesse sentido, o MS publicou as portarias nº. 1.377 e 2.095 de 2013 que aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Os protocolos abordam os temas de Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos, Prevenção de Úlcera por Pressão, Prevenção de Quedas, Identificação do Paciente e o de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos, e devem ser utilizados em todas as unidades de saúde do país, podendo ser ajustados a cada realidade (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d).

Os protocolos tem a finalidade de nortear as práticas, contribuindo para a segurança no cuidado. O que trata do uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde, aborda os processos que envolvem a utilização de medicamentos para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas. Essas práticas incluem as etapas de prescrição, distribuição e administração de medicamentos (BRASIL, 2013e).

A RDC nº. 36 de 2013 da ANVISA, por sua vez, teve por objetivo subsidiar o PNSP, instituindo a obrigatoriedade da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que é definido como “instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente” (BRASIL, 2013a).

Dentre as atribuições do NSP, estão a adoção de princípios e diretrizes como: a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; a disseminação sistemática da cultura de segurança; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas

de funcionamento do serviço de saúde. Outra importante função do NSP é a notificação de EAs relacionados à assistência à saúde no Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) (BRASIL, 2013a; 2019).

O NOTIVISA é um sistema de informação, que tem como objetivo registrar e processar dados sobre EAs e queixas técnicas em todo o território nacional, fornecendo informações para identificação, avaliação, análise e, entre outros, a comunicação do risco sanitário contribuindo, desta forma, para a tomada de decisões em nível municipal, estadual, distrital e federal (BRASIL, 2019).

Ainda de acordo com a RDC nº. 36/2013, todos os incidentes ou EAs ocorridos no serviço de saúde devem ser notificados. A notificação deverá ser realizada através do preenchimento de formulários de notificação que deverão ser acessados e corretamente preenchidos pelo NSP, nos prazos estabelecidos (BRASIL, 2013a).

Tanto a Portaria nº. 529/2013 quanto o inciso II do art. 6º da RDC nº. 36/2013 preveem a disseminação sistemática da cultura de segurança. Vale ressaltar que a Portaria nº. 529/2013 configura a cultura de segurança a partir de cinco características, a saber: 1) cultura na qual todos os trabalhadores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; 2) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; 3) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; 4) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e 5) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013a).

A fim de realizar a gestão de riscos, vigilância, monitoramento e investigação de EAs ocorridos em serviços de saúde conforme previsto na RDC n. 36/2013, o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025 foi elaborado para coordenar as atividades das diferentes instâncias do SNVS, bem como desenvolver ações para a implementação e sustentação da cultura de segurança, das boas práticas de funcionamento e das práticas de segurança do paciente em serviços de saúde (ANVISA, 2021).

Sendo assim, cabe a VS municipal, gerenciar as notificações de EAs relacionados à assistência à saúde; apoiar o serviço de saúde na investigação dos EAs; monitorar a elaboração do plano de ação para a prevenção de novos eventos; avaliar o conteúdo do plano de ação e entrar em contato com o serviço de saúde, caso haja inconformidades (ANVISA, 2021).

Dessa forma, verifica-se que as ações da VS fortalecem o PNSP, pois ao identificar e controlar os riscos advindos da estrutura e dos processos, contribui para que o resultado tenha desfechos positivos.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, do tipo Survey com abordagem quantitativa, por meio da aplicação do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) aos profissionais farmacêuticos que atuam no serviço de farmácia de um hospital administrado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) com perfil de urgência e emergência. As etapas do planejamento e da execução do estudo seguiram as diretrizes do manual do usuário do HSOPSC disponibilizado pela Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) (SORRA; GRAY; STREAGLE; et al, 2018).

5.2 Local do estudo

Trata-se de um hospital público de grande porte, com perfil de urgência e emergência, referência no atendimento de traumas, sob gestão da Subsecretaria de Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência (SUBHUE).

A instituição é do tipo hospital geral, atende as seguintes especialidades: cardiologia, buco maxilo facial, cirurgia geral, ortopediatraumatologia, clínica geral, obstetrícia clínica e cirúrgica e pediatria clínica.

Dispõe de 199 leitos ativos de internação e 42 complementares e presta assistência 24 horas/dia com atendimento por demanda espontânea e referenciada, conta com o serviço de apoio diagnóstico, e de apoio técnico, como o serviço de farmácia. Possui as comissões obrigatórias, dentre elas o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

No total, o hospital conta com um quadro de 1445 profissionais concursados e terceirizados que atuam na assistência direta e indireta ao paciente, sendo dentre eles 16 farmacêuticos.

Após o aceite do hospital para a realização da pesquisa, foi contatada a liderança do serviço de farmácia, indicado pelo centro de estudos do hospital, para apresentação da proposta do estudo e sensibilização acerca da importância do tema da cultura de segurança na melhoria do cuidado de saúde ao paciente.

5.3 População do estudo

Foram convidados a participar da pesquisa todos os 13 farmacêuticos assistenciais que atuam no serviço de farmácia. Como critérios de inclusão da

pesquisa, os profissionais deveriam dispor de vínculo com o hospital por pelo menos seis meses e ter carga horária semanal de pelo menos vinte horas.

Todos os 13 profissionais aceitaram participar da pesquisa, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.4 Instrumento de coleta

O HSOPSC tem como finalidade compreender o grau de entendimento e disseminação do tema segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde, e de sua valorização na cultura organizacional. Além disso, avalia as múltiplas dimensões da cultura presentes na instituição de saúde e a compreensão da cultura de segurança dos profissionais que têm contato direto ou indireto com os pacientes no nível individual, setorial e do hospital como um todo (REIS, 2013). Em 2012, o HSOPSC foi traduzido, validado e adaptado à realidade das organizações hospitalares brasileiras.

A aplicação do questionário possibilita identificar áreas cuja cultura necessita melhoria, avaliar a efetividade de ações implementadas para a melhoria de segurança ao longo do tempo, possibilitar benchmarking interno e externo, auxiliando a organização a identificar como sua cultura de segurança difere da cultura de outras organizações e priorizar esforços de fortalecimento da cultura ao identificar suas fragilidades (SORRA; GRAY; STREAGLE; et al, 2018).

O HSOPSC está estruturado para avaliar 12 dimensões da cultura de segurança que incluem os valores, as crenças e as normas da organização de saúde bem como os processos de comunicação, liderança e gestão da organização que se relacionam direta e indiretamente com a segurança do paciente e assistência prestada (REIS, 2013). Tais dimensões estão relacionadas à unidade ou setor do hospital, ao nível organizacional e ao resultado. Além de dispor de duas variáveis de resultado que abordam a percepção geral da segurança do paciente na instituição e a frequência da notificação de eventos realizados nos últimos 12 meses.

Das 12 dimensões analisadas pelo questionário, sete correspondem à unidade ou setor de trabalho, três correspondem à organização como um todo e as outras duas avaliam a percepção geral da segurança e o número de notificações.

O instrumento é composto por 44 itens que estão relacionados a questões específicas de cultura de segurança, escritas de forma negativa e positiva para a segurança do paciente, 13 itens relacionados a informações sociodemográficas que, por necessidade deste estudo, incluiu perguntas que visam categorizar o perfil do profissional respondente, como o tipo de vínculo empregatício, turno, escala de trabalho e se apresenta outro vínculo empregatício, 01 questão aberta que permite ao participante fazer comentários sobre a segurança do paciente e 01 questão sobre a área ou unidade de trabalho que atua no hospital, totalizando 59 questões. Quanto ao tempo destinado para o preenchimento do questionário, estima-se aproximadamente 15 minutos.

Cada uma das 12 dimensões possui de 3 a 4 itens para avaliação e são respondidos por meio de uma escala tipo Likert que varia de (1) “sempre” a (5) “nunca” e (1) “concordo totalmente” a (5) “discordo totalmente”, havendo uma categoria neutra de (3) “não concordo e nem discordo”.

O item que aborda a nota de segurança do paciente é respondido por meio de uma escala que varia de (1) “excelente” a (5) “muito ruim”. Já o item que aborda a quantidade de eventos adversos notificados apresenta as seguintes categorias de respostas: “nenhuma notificação”, “1 a 2 notificações”, “3 a 5 notificações”, “6 a 10 notificações”, “11 a 20 notificações” e “21 notificações ou mais”.

No Quadro 4 são apresentados a quantidade de itens avaliados em cada dimensão, as dimensões e as definições de cada uma delas.

Quadro 4 - Quantidade de itens avaliados em cada dimensão e definição.

Itens	Dimensões	Definição
Dimensões relacionadas à unidade/setor		
4	Trabalho em equipe dentro das unidades	Define se os funcionários apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe.
4	Expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente	Avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos funcionários para melhorar a segurança do paciente; reconhece a participação dos funcionários para procedimentos de melhoria da segurança do paciente.
3	Aprendizado organizacional - melhoria contínua	Avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e avalia a efetividade das mudanças ocorridas.

3	Retorno da informação e comunicação sobre erro	Avalia a percepção dos funcionários no hospital, se eles relatam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias para evitar erros no futuro.
3	Abertura da comunicação	Avalia se os funcionários do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem livres para questionar os funcionários com maior autoridade.
4	Adequação de profissionais	Avalia se os funcionários são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.
3	Respostas não punitivas aos erros	Avalia como os funcionários se sentem com relação aos seus erros, se eles pensam que os erros cometidos por eles podem vir a ser usados contra eles e mantidos em suas fichas.
Nível da organização hospitalar		
3	Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	Avalia se a administração e gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é prioritária.
4	Trabalho em equipe entre as unidades	Avalia se as unidades do hospital cooperam e coordenam-se, entre si, para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes.
4	Transição do cuidado e transferências	Avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes são transferidas através das unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno.
Dimensão de resultado		
4	Percepção geral da segurança do paciente	Avalia os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros e a ausência de problemas de segurança do paciente nos hospitais.
3	Frequência de eventos relatados	Relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetasse o paciente.
Variáveis de resultado		
1	Grau geral de segurança do paciente	
1	Número de eventos de segurança notificados nos últimos 12 meses	

Fonte: Reis, 2013. Traduzido de Sorra; Gray; Streagle; et al, 2018.

5.5 Coleta de Dados

A coleta de dados se deu após contato da pesquisadora com a chefia do setor de farmácia do hospital. A abordagem teve por objetivo apresentar o

estudo, os critérios de inclusão para participação da pesquisa, os objetivos, sensibilizar sobre a importância do tema e obter informações sobre os dias e horários mais adequados para abordar os profissionais farmacêuticos e para aplicar o questionário. A todo momento da pesquisa, foi assegurado pelo pesquisador que não houvesse prejuízos à assistência e à rotina do serviço dos profissionais.

A fim de preservar o sigilo e a privacidade dos participantes foi definido previamente junto a chefia do setor, um local nas dependências da unidade para a abordagem e aplicação do questionário aos profissionais, que se deu de forma presencial, nos dias e horários estabelecidos. Quanto aos cuidados sanitários adotados para a realização da aplicação do questionário frente à pandemia por COVID-19, foram disponibilizados álcool gel e máscaras descartáveis para os participantes.

Após aceite, o profissional participante assinou duas vias do TCLE (APÊNDICE 1), ficando uma via com a pesquisadora e a outra de posse do participante. Após assinatura, cada participante recebeu uma cópia do instrumento, sem nenhum tipo de identificação.

A coleta dos dados foi realizada no período de janeiro a fevereiro de 2023, por meio de sete visitas, previamente agendadas.

5.6 Tratamento e análise dos dados

Inicialmente, os dados coletados foram lançados em planilha no software Microsoft Office Excel, versão 2010 e, posteriormente, foram submetidos à análise descritiva para organizar, resumir e descrever os dados coletados.

Para verificar a adesão dos profissionais elegíveis na participação da pesquisa, foi realizado um cálculo para aferir a taxa de respostas preliminares, que se dá pelo percentual de retorno de todos os questionários, utilizando a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número de pesquisas retornadas}}{\text{Número de funcionários qualificados que receberam uma pesquisa}} \times 100$$

De acordo com Sorra, Gray, Streagle e et al (2018), a técnica de análise usada permite ao participante a possibilidade de deixar questões em branco, logo, não são necessárias ações corretivas para a perda de dados. Entretanto, os questionários que apresentaram a maior parte dos itens de pelo menos uma seção não preenchida e os questionários que apresentaram a mesma resposta em todos os itens foram excluídos, já aqueles que apresentaram respostas rasuradas foram considerados como resposta ausente na sentença.

Dessa forma, foi feito o controle de qualidade dos questionários devolvidos e após a revisão, foi realizado um cálculo do percentual de retorno dos questionários adequados, referente a taxa de resposta oficial, por meio da fórmula:

$$\frac{\text{Número de pesquisas devolvidas - incompletas}}{\text{Número de funcionários elegíveis que receberam uma pesquisa}} \times 100$$

Para calcular o percentual de respostas positivas para cada dimensão e para cada item das dimensões sobre cultura de segurança do paciente foram utilizadas as seguintes fórmulas (SORRA; GRAY; STREAGLE; et al, 2018):

- % de respostas positivas ao item da dimensão

$$\frac{\text{número de respostas positivas ao item da dimensão}}{\text{número total de respostas válidas ao item da dimensão (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)}} \times 100$$

- % de respostas positivas da dimensão

$$\frac{\text{número de respostas positivas aos itens da dimensão}}{\text{número total de respostas válidas aos itens da dimensão (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)}} \times 100$$

As respostas positivas são aquelas que o respondente marcou a opção 4 ou 5 (concordo/ concordo totalmente ou quase sempre/ sempre) para as questões formuladas de forma positiva, ou 1 ou 2 (discordo/ discordo totalmente ou nunca/ raramente) nas sentenças formuladas de forma negativa. Respostas neutras referem-se às respostas em que foram

assinaladas a opção 3 (nem discordo nem concordo ou às vezes) para qualquer pergunta (REIS, 2013; SORRA; GRAY; STREAGLE; et al, 2018).

Os itens escritos positivamente que obtiveram 75% de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”), ou aqueles cujos itens escritos negativamente obtiveram 75% das respostas negativas (“discordo totalmente” ou “discordo”) são consideradas “áreas fortes da segurança do paciente”, no entanto, as “áreas frágeis da segurança do paciente” e que necessitam melhoria são consideradas aquelas cujos itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas (REIS, 2013; SORRA; GRAY; STREAGLE; et al, 2018).

Para analisar os comentários feitos pelos participantes, foram criadas duas categorias de análise, sendo uma destas relacionadas aos aspectos estruturais e outra relacionada aos aspectos de processo. Entende-se por aspectos estruturais, elementos referentes a estrutura física, equipamentos e insumos, quantidade e qualificação dos profissionais e recursos financeiros disponíveis para a manutenção da infraestrutura e da tecnologia para a viabilização dos serviços, já os aspectos de processo consideram as técnicas operacionais, que são divididas entre o cuidado técnico propriamente dito (utilização dos conhecimentos científicos e tecnológicos da medicina) e a relação interpessoal entre paciente e profissional (ARAÚJO, 2014; SOLLER; REGIS FILHO, 2011).

5.7 Considerações Éticas

Respeitando a Resolução CNS N° 466, de 12 de Dezembro de 2012 e a Resolução N° 580, de 22 de Março de 2018, que dispõem sobre as normas regulamentadoras de pesquisa biomédicas envolvendo seres humanos, a pesquisa foi autorizada de acordo com o Termo de Anuência Institucional emitido pelo hospital pesquisado (Anexo 2) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos sob Parecer: 5.845.261 CAAE: 63262022.5.0000.5279 (Anexo 3). Para participar da pesquisa os profissionais realizaram a concordância por meio da assinatura do TCLE (Apêndice 1) que destaca a voluntariedade de participação na pesquisa e assegura o anonimato dos mesmos.

6. RESULTADOS

Os resultados encontrados neste estudo estão apresentados na seguinte ordem: percentual de respostas na aplicação do questionário; perfil sociodemográfico dos participantes; avaliação geral da cultura de segurança e os comentários dos participantes sobre a segurança do paciente.

6.1 Percentual de resposta do questionário

Neste estudo, foram aplicados 13 questionários e apenas 12 deles foram considerados completos para análise, perfazendo um percentual de resposta de 92%, o que é considerado um bom percentual de resposta atingido. De acordo com o Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide da AHRQ, a taxa mínima de resposta recomendada é de 50%.

6.2 Perfil sociodemográfico dos participantes

Os resultados apresentados na tabela 1 caracterizam os participantes desse estudo quanto a gênero, faixa etária, grau de instrução e cargo no hospital.

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas.

Variáveis sociodemográficas	N	%
Gênero		
Feminino	8	67
Maculino	4	33
Outro	0	0
Prefiro não declarar	0	0
Total	12	100
Faixa Etária		
18-25 anos	0	0
26-45 anos	4	33
46-60 anos	6	50
61 anos ou mais	2	17
Total	12	100

Grau de Instrução		
Somente Ensino Superior	5	42
Pós-Graduação (Nível Especialização)	6	50
Pós-Graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)	1	8
Total	12	100

Cargo no Hospital		
Diretor		
Coordenador		
Farmacêutico Assistencial		
Total		

Fonte: Elaborado pela autora. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.

Entre os participantes, houve predomínio do gênero feminino (67%). A idade se concentrou nas faixas etárias de 26 a 45 anos - com total de 4 (33%), e de 46 a 60 anos - com total de 6 (50%).

Metade dos participantes do estudo (50%) indicaram possuir especialização, 42% afirmaram possuir ensino superior e 8% declararam possuir mestrado ou doutorado.

A tabela 2 apresenta o tempo de trabalho no hospital e na atual área/unidade, a carga horária semanal, o status de contato com o paciente, o tipo de vínculo empregatício e se apresentava mais de um turno/escala de trabalho.

Tabela 2: Variáveis laborais.

Variáveis Laborais	N	%
Tempo de trabalho no hospital		
Menos de 1 ano	3	25
1-5 anos	1	8
6-10 anos	1	8
11-15 anos	1	8
16-20 anos	2	17
21 anos ou mais	4	33
Total	12	100

Tempo de trabalho na área/unidade do hospital		
Menos de 1 ano	2	17
1-5 anos	2	17
6-10 anos	1	8
11-15 anos	1	8
16-20 anos	2	17
21 anos ou mais	4	33
Total	12	100
Carga horária semana		
20-39 horas por semana	10	83
40-59 horas por semana	2	17
Total	12	100
Interação ou contato direto com os pacientes		
Sim	5	42
Não	7	58
Total	12	100
Tipo de vínculo empregatício		
Estatutário	9	75
Celetista	3	25
Total	12	100
Vínculo empregatício em outra instituição		
Sim	7	58
Não	5	42
Total	12	100
Escala de Trabalho		
Plantonista Diurno	2	17
Plantonista Noturno	0	0
Plantonista Diurno/Noturno	8	67
Diarista	2	17

Total	12	100
<hr/>		
Turno de trabalho		
<hr/>		
Plantonista Diurno	4	33
Plantonista Noturno	0	0
Plantonista Diurno/Noturno	8	67
Diarista	0	0
Total	12	100
<hr/>		

Fonte: Elaborado pela autora. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.

Com relação às variáveis tempo de trabalho na instituição e tempo de trabalho na unidade/área, 6 (50%) dos participantes afirmaram que trabalhavam de “16 a 20 anos” e “21 anos ou mais”; 4 (33%) declararam que trabalhavam há “menos de 1 anos” e “1 a 5 anos”.

Sobre o número de horas trabalhadas, 10 (83%) respondentes trabalhavam entre 20 a 39 horas semanais no hospital e 2 (17%) entre 40 a 59 horas semanais.

Dentre os participantes do presente estudo, 7 (58%) declararam não ter contato ou interação com o paciente e 5 (42%) informaram interagir diretamente com o paciente.

A maior parte dos participantes, 9 (75%) declararam ser estatutários e 3 (25%) celetistas. Quanto à pergunta “Apresenta vínculo empregatício com outra instituição?”, 7 (58%) afirmaram que sim e 5 (42%) afirmaram que não.

Com relação a escala/turno de trabalho, 67% dos respondentes declararam que trabalham como plantonista diurno/noturno.

6.3 Avaliação geral da cultura de segurança do paciente

- Percentual de respostas positivas das dimensões da cultura de segurança do paciente

A tabela 3 apresenta os percentuais de respostas positivas, obtidos na avaliação das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente. A dimensão relacionada ao nível hospitalar “expectativas sobre supervisor/chefe e ações promotoras do paciente” (58%) alcançou o maior percentual, no entanto não é considerada como dimensão forte da cultura do paciente.

Quanto às demais dimensões da cultura de segurança do paciente, os resultados encontrados demonstraram percentuais iguais ou inferiores a 50% de respostas positivas. Sendo portanto, classificadas como áreas com potenciais para a melhoria da cultura de segurança do paciente.

Tabela 3: Percentuais de respostas positivas das dimensões.

Dimensões	% médio de respostas positivas
Trabalho em equipe dentro das unidades	50
Expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente	58
Aprendizado organizacional - melhoria contínua	50
Apoio da gestão para a segurança do paciente	20
Percepção geral da segurança do paciente	27
Retorno da informação e da comunicação sobre erros	45
Abertura da comunicação	50
Frequência da notificação de eventos de segurança	25
Trabalho em equipe entre as unidades	19
Adequação de pessoal	37
Transição do cuidado e transferências	17
Respostas não punitivas aos erros	36

Fonte: Elaborado pela autora. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.

A seguir, as tabelas 4 a 15 trazem os percentuais de respostas positivas dos itens componentes de cada uma das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente.

Tabela 4: Respostas positivas aos itens da dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades”

Dimensão: Trabalho em equipe dentro das unidades	
Itens componentes	% de respostas positivas
A1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às outras	33
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	50
A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	75

Fonte: Elaborado pela autora. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.

A tabela 4 apresenta os itens da dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades”. O percentual de 75% de respostas positivas ao item A4 (“nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito”) revelou-se como uma área forte, enquanto que os demais itens se apresentaram como frágeis nesta dimensão da cultura de segurança.

Tabela 5: Respostas positivas aos itens da dimensão “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente”

Dimensão: Expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente	
Itens componentes	% de respostas positivas
B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	50
B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	50
B3R. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	58
B4R. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	75

Fonte: Elaborado pela autora. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.

A figura 5 apresenta os itens da dimensão “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança”. O maior percentual foi de 75% de respostas positivas nesta dimensão que foi encontrado no item B4R (“o meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente”), que se traduz como uma área forte, enquanto que o item B3R (“sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”) obteve percentual de respostas positivas, que se traduz como área neutra. Todos os demais itens se apresentaram como frágeis nesta dimensão da cultura de segurança.

Tabela 6: Respostas positivas aos itens da dimensão “aprendizado organizacional - melhoria contínua”

Dimensão: Aprendizado organizacional - melhoria contínua	
Itens componentes	% de respostas positivas
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	50
A9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	58
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	42

Fonte: Elaborado pela autora. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.

A tabela 6 apresenta os itens da dimensão “aprendizado organizacional - melhoria contínua”. O percentual de 58% de respostas positivas ao item A9 (“erros têm levado a mudanças positivas por aqui”) revelou uma área nem forte nem frágil. Os itens A6 (“estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”) e A13 (“após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade”), se apresentaram como áreas frágeis nesta dimensão.

Tabela 7: Respostas positivas aos itens da dimensão “apoio da gestão para a segurança do paciente”

Dimensão: Apoio da gestão para a segurança do paciente	
Itens componentes	% de respostas positivas
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	8
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	25
F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	27

Fonte: Elaborado pela autora. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.

A tabela 7 apresenta os itens da dimensão “apoio da gestão para a segurança do paciente”. Os percentuais de respostas positivas apresentaram-se menores que 50% (8%, 25% e 27%) em todos os itens nesta dimensão e se revelaram como áreas frágeis com relação a esta dimensão da cultura de segurança.

Tabela 8: Respostas positivas aos itens da dimensão “percepção geral da segurança do paciente”

Dimensão: Percepção geral da segurança do paciente	
Itens componentes	% de respostas positivas
A10R. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	67
A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	17
A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	8
A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	18

Fonte: Elaborado pela autora. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.

A tabela 8 apresenta os itens da dimensão “percepção geral da segurança do paciente”. O percentual de 8% de respostas positivas ao item A17R (“nesta unidade temos problemas de segurança do paciente”) e os percentuais de 17% e 18% nos itens A15 (“a segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída”) e A18 (os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros”) respectivamente se revelaram como áreas frágeis com relação à esta dimensão da cultura de segurança.

Tabela 9: Respostas positivas aos itens da dimensão “retorno da informação e da comunicação sobre erros”

Dimensão: Retorno da informação e da comunicação sobre erros	
Itens componentes	% de respostas positivas
C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.	17
C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	42
C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	75

Fonte: Elaborado pela autora. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.

A tabela 9 apresenta os itens da dimensão “retorno da informação e da comunicação sobre erros”. O percentual de 75% de respostas positivas ao item C5 (“nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles

aconteçam novamente”) revelou-se como uma área forte, enquanto que os demais itens se apresentaram como frágeis nesta dimensão da cultura de segurança.

Tabela 10: Respostas positivas aos itens da dimensão “abertura da comunicação”

Dimensão: Abertura da comunicação	
Itens componentes	% de respostas positivas
C2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	67
C4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	42
C6R. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	42

Fonte: Elaborado pela autora. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.

A tabela 10 apresenta os itens da dimensão “abertura da comunicação”. O percentual de 42% nos itens C4 (“os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores”) e C6R (“os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo”) se revelaram como áreas frágeis nesta dimensão da cultura de segurança.

Tabela 11: Respostas positivas aos itens da dimensão “frequência da notificação de eventos”

Dimensão: Frequência da notificação de eventos	
Itens componentes	% de respostas positivas
D1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?	25
D2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	25
D3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	25

Fonte: Elaborado pela autora. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.

A tabela 11 apresenta os itens da dimensão “frequência da notificação de eventos de segurança”. Os percentuais de respostas positivas em todos os itens revelaram áreas frágeis com relação à esta dimensão da cultura de segurança.

Tabela 12: Respostas positivas aos itens da dimensão “trabalho em equipe entre as unidades”

Dimensão: Trabalho em equipe entre as unidades	
Itens componentes	% de respostas positivas
F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	8
F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	8
F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	25
F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidados aos pacientes	36

Fonte: Elaborado pela autora. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.

A tabela 12 apresenta os itens da dimensão “trabalho em equipe entre as unidades”. Os percentuais de 8%, 8%, 25% e 36% de respostas positivas respectivamente aos itens F2R (“as unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si”), F4 (“há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto”), F6R (“muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital”) e F10 (“as unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes”) revelaram áreas frágeis nesta dimensão da cultura de segurança.

Tabela 13: Respostas positivas aos itens da dimensão “adequação de pessoal”

Dimensão: Adequação de pessoal	
Itens componentes	% de respostas positivas
A2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	42
A5R. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	64
A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	25
A14R. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido	17

Fonte: Elaborado pela autora. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.

A figura 13 apresenta os itens da dimensão “adequação de profissional”. O percentual de 64% de respostas positivas ao item A5R (“os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente”) revelou-se como uma área nem forte, nem frágil. Enquanto que os demais itens se apresentaram como frágeis nesta dimensão da cultura de segurança.

Tabela 14: Respostas positivas aos itens da dimensão “transição do cuidado e transferências”

Dimensão: Transição do cuidado e transferências	
Itens componentes	% de respostas positivas
F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	8
F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	25
F7R. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	25
F11R. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	9

Fonte: Elaborado pela autora. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.

A tabela 14 apresenta os itens da dimensão “transição do cuidado e transferências”. Os percentuais de respostas positivas em todos os itens desta dimensão da cultura de segurança se revelaram como áreas frágeis.

Tabela 15: Respostas positivas aos itens da dimensão “respostas não punitivas aos erros”

Dimensão: Respostas não punitivas aos erros	
Itens componentes	% de respostas positivas
A8R. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	17
A12R. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	42
A16R. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	50

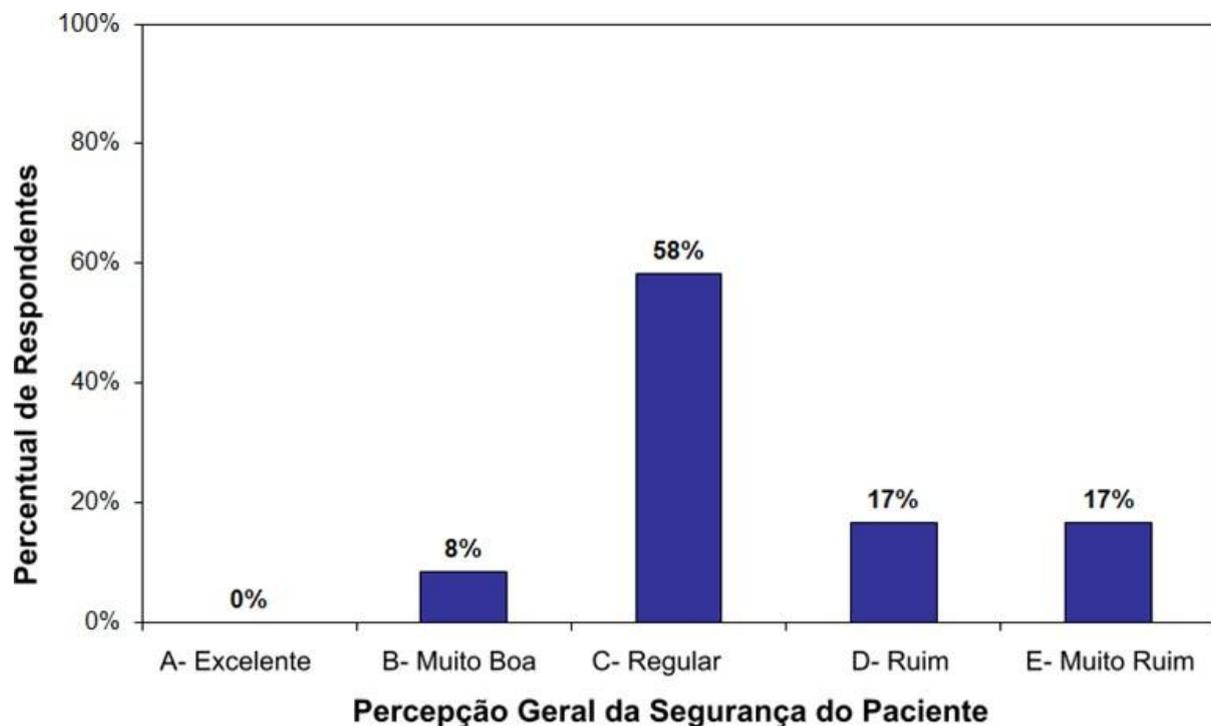
Fonte: Elaborado pela autora. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.

A tabela 15 apresenta os itens da dimensão “respostas não punitivas aos erros”. O percentual de 17% de respostas positivas ao item A8R (“os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles”), o percentual de 42% ao item A12R (“quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema”) e o percentual do item A16R (“os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais”) revelaram-se como áreas frágeis nesta dimensão da cultura de segurança.

- Percentual das variáveis de resultado da cultura de segurança do paciente

Os participantes da pesquisa atribuíram conceito à segurança do paciente em sua unidade de trabalho. A maior nota concedida foi “regular” (58%), enquanto que “ruim” e “muito ruim” atingiram (34%) dentre os participantes, conforme ilustra a figura 1.

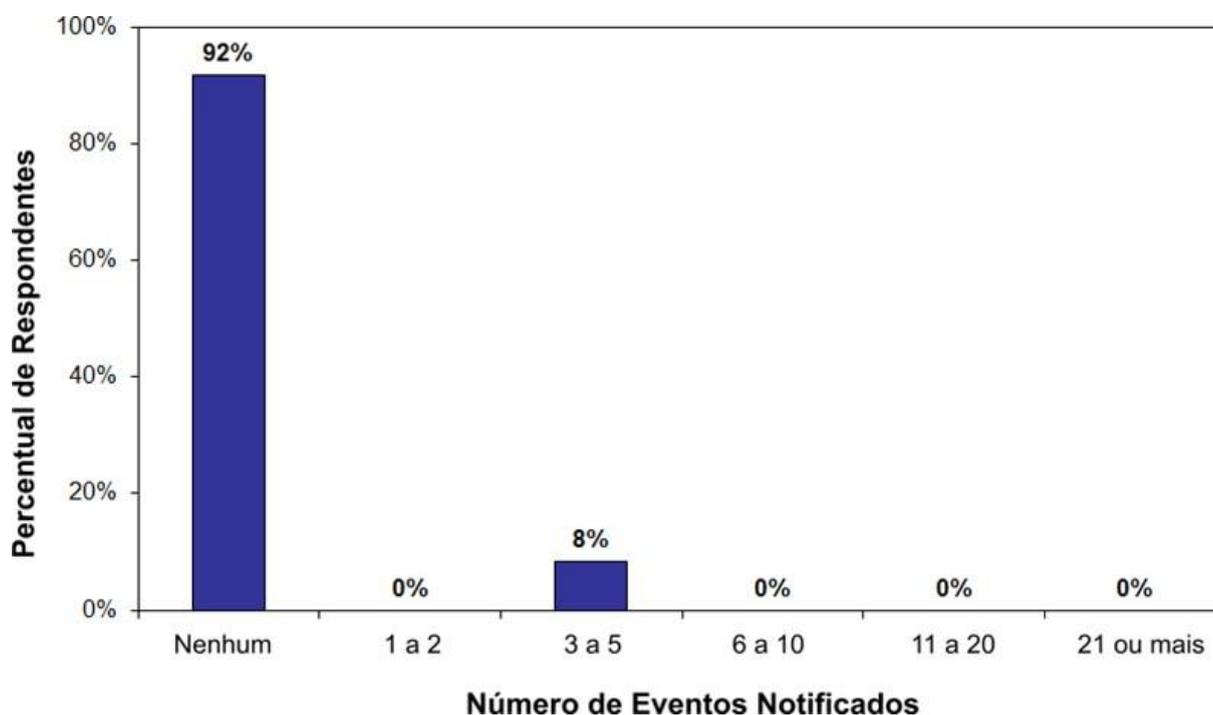
Figura 1: Percepção geral da segurança do paciente



Fonte: Elaborado pela autora. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.

A figura 2 apresenta a variável de resultado relacionada a notificação de eventos. Identificou-se o percentual de 92% dos respondentes que não notificaram nenhum evento nos últimos 12 meses.

Figura 2: Eventos notificados nos últimos 12 meses



Fonte: Elaborado pela autora. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.

6.4 Comentários dos profissionais sobre a segurança do paciente

Na questão descritiva, foram apresentados comentários acerca de elementos relacionados à segurança do paciente. O percentual de resposta obtido foi de 58%, o que equivale a 7 dos 12 participantes, que foram transcritas e estão dispostas no quadro 5.

Para análise dos dados, os questionários foram numerados de forma aleatória a fim de preservar o anonimato dos participantes.

Quadro 5: Comentários dos profissionais sobre a segurança do paciente.

Comentário	Correlação com a dimensão
<p>Participante 1: <i>“Percebo que existe uma grande dificuldade de comunicação entre a equipe médica e os farmacêuticos. Os médicos são na maioria das vezes resistentes às nossas tentativas de diálogo. Percebemos muitos erros nas prescrições (ex: dose, interações, informações incompletas, etc) porém é muito complicado fazer contato com os mesmos e quando isso acontece, os mesmos não aceitam. Equipe pequena e instalações inadequadas.”</i></p>	<p>Trabalho em equipe entre as unidades; Abertura da comunicação; “Adequação de profissional”</p>

<p>Participante 2:</p> <p><i>“O serviço de segurança do paciente foi implementado há alguns anos, porém ainda há poucas notificações sobre eventos ocorridos. No nosso serviço procuramos promover ações que busquem evitar qualquer erro que venha a impactar diretamente no paciente. [...]”</i></p>	<p>Frequência da notificação de eventos de segurança; Aprendizado organizacional - melhoria contínua</p>
<p>Participante 3:</p> <p><i>“O sistema PRONTUA.RIO utilizado para a triagem dos medicamentos dispensados por distribuição dose individualizada deveria ser atualizado de maneira a sinalizar, tanto aos médicos prescritores quanto aos farmacêuticos, as dosagens diárias prescritas acima dos recomendado e também as interações medicamentosas clinicamente relevantes.”</i></p>	<p>Percepção da segurança do paciente</p>
<p>Participante 4:</p> <p><i>“Estamos sempre tentando estabelecer rotinas para diminuir e evitar eventos com relação a segurança do paciente, com relação a medicação que sai e é dispensada pelo nosso setor de farmácia, e não paramos com uma rotina estática, pois é sempre com as mudanças que se fazem necessárias de forma a conciliar a logística e atividades e serviços assistenciais que nos advém sob várias ocasiões alheias impostas pela necessidade do hospital e políticas de saúde de modo geral.”</i></p>	<p>Aprendizado organizacional - melhoria contínua; Adequação de profissionais</p>
<p>Participantes 5:</p> <p><i>“Temos muito a aprender e a ser honestos quando ocorrem “erros” e não escondê-los. Falta muita coisa, desde o básico!”</i></p>	<p>Retorno da informação e comunicação sobre erro; Respostas não punitivas aos erros; Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente</p>
<p>Participante 6:</p> <p><i>“É necessário de forma urgente e permanente treinamentos para os diversos cargos do hospital. Quem não atua na gestão ou não é diarista fica com muito pouca informação. A cultura do hospital de modo geral é esconder seus erros. A notificação é encarada como ofensa onde as pessoas se ressentem interpretando muitas vezes como um tipo de animosidade. Pensam que deveriam ter falado pessoalmente.”</i></p>	<p>Retorno da informação e comunicação sobre erro; Respostas não punitivas aos erros; Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente</p>
<p>Participante 7:</p> <p><i>“A equipe deve ter treinamento contínuo e regular.”</i></p>	<p>Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente</p>

Fonte: Elaborado pela autora. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.

7. DISCUSSÃO

7.1 Percentual de resposta do questionário

Apesar de 100% de adesão dos participantes na pesquisa, constatou-se que apenas 92% dos questionários estavam aptos para serem analisados de acordo com o Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide da AHRQ.

A exclusão de um questionário se dá devido a: 1) ausência de preenchimento da maior parte dos itens de pelo menos uma seção; 2) se apresentarem a mesma resposta em todos os itens.

Tal controle de qualidade é realizado com a finalidade de se aproveitar apenas aqueles questionários que foram preenchidos de forma consciente e que tiveram a devida atenção por parte dos profissionais respondentes.

De acordo com Marconi e Lakatos (2017), a dificuldade e mal compreensão das questões e a leitura prévia de todas as perguntas antes de respondê-las, pode fazer com que uma questão influencie a outra, o que podem ser considerados desvantagens de se aplicar um questionário. Além disso, pode-se presumir que o momento da aplicação do questionário, a falta de interesse em participar da pesquisa e a falta de interesse em refletir a temática da cultura de segurança e segurança do paciente no âmbito do serviço de farmácia também são possíveis causas para que o profissional não responda de forma adequada o questionário.

7.2 Aspectos sociodemográficos dos participantes

A aplicação do questionário HSOPSC permitiu identificar o perfil sociodemográfico dos profissionais participantes.

Dentre as características sociodemográficas dos participantes, merece destaque a predominância do gênero feminino; das idades entre 48 e 56 anos; do regime de contratação, na forma de estatutário; da carga horária de trabalho entre 20 a 39 horas por semana e do tempo de trabalho e atuação na atual área/unidade do hospital superior a 6 anos. Esses fatores permitem presumir que o serviço de farmácia do hospital estudado possui atualmente um considerável contingente de profissionais do gênero feminino, de meia idade, estatutários, plantonistas com elevado tempo de trabalho no hospital e na área/unidade.

De acordo com dados levantados pelo CFF em 2015, por meio de uma pesquisa realizada para compreender o perfil sociodemográfico dos farmacêuticos

brasileiros, verificou-se a predominância do gênero feminino (67,5%). Ainda de acordo com esse relatório, os farmacêuticos apresentaram ser adultos jovens (41,8%), dado diferente do encontrado no presente estudo.

Tal achado pode ser justificado devido a maioria do quadro de profissionais ser predominantemente estatutários, ou seja, ingressaram no serviço por meio de concurso público. Tal relação pode ser compreendida, devido a fatores como a escassez de concursos públicos para essa categoria nos últimos anos e pela relação carga horária / remuneração não serem atrativas apesar da estabilidade.

O fato de a maior parte dos respondentes serem estatutários é um dado comumente encontrado em hospitais que são administrados diretamente pela SMS-Rio.

O elevado tempo de serviço na instituição e na área/unidade de atuação parece ter relação com o regime de contratação, uma vez que os estatutários tendem a permanecer em suas funções desde a sua admissão. Além disso, há de se presumir que a experiência e o tempo de serviço dos profissionais possibilita um questionamento maior sobre aspectos referentes à cultura organizacional em sua unidade de atuação.

Outro ponto ressaltado é o entendimento subjetivo dos profissionais no que diz respeito à interação/contato direto com o paciente. Esperava-se encontrar uma homogeneidade de respostas neste item, entretanto, quase a metade dos participantes afirmaram interagir com o paciente. Presume-se que aqueles que afirmaram interagir podem ter a compreensão de que atribuições clínicas realizadas no âmbito do serviço de farmácia, como as intervenções farmacêuticas nas prescrições dos pacientes para a otimização e segurança da farmacoterapia, seja considerada uma forma de interação direta com o paciente.

7.3 Avaliação das dimensões da cultura de segurança do paciente

O crescente interesse mundial sobre a avaliação da cultura de segurança do paciente nas organizações hospitalares utilizando o HSOPSC tem sido cada vez mais frequente. Sendo assim, é necessário que as organizações estejam empenhadas em desenvolver uma cultura justa, uma cultura de notificação e um ambiente de aprendizagem organizacional. Desta forma, observa-se que a cultura de segurança é um fator essencial para o estabelecimento de práticas seguras.

No estudo em questão, nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. Pode-se perceber que a dimensão com menor percentual de respostas positivas foi a de transferências e transição do cuidado. Isso sugere que os profissionais têm a percepção de que existem falhas nas passagens de plantão.

Ressalta-se que esse resultado é frequentemente observado em outros estudos. A aplicação do questionário HSOPSC em profissionais farmacêuticos em um hospital universitário do Mato Grosso, demonstrou 19% de respostas positivas à dimensão relativa à transferência e transição do cuidado (CORONA, 2017). Já um estudo realizado por Jacques e colaboradores (2021), com a equipe multiprofissional de seis hospitais públicos brasileiros, utilizando o mesmo instrumento, verificou que essa dimensão também foi considerada fragilizada em todos os hospitais estudados, alcançando uma média percentual de 36% de respostas positivas, o que leva a crer que as falhas de comunicação nas passagens de plantão podem propiciar à incompletude e falta de objetividade das informações, podendo contribuir para a ocorrência de eventos adversos, como observado por Pena (2015), ao verificar que dos 263 EA, 71% foram por falha de comunicação e que os erros de medicação provenientes das falhas de comunicação verbal e escrita correspondem a 53,5%.

Assim, presume-se que os profissionais têm consciência da importância da passagem de plantão como etapa fundamental na continuidade do cuidado ao paciente e que compreendem a necessidade de trabalhar essa dimensão de forma prioritária.

Ainda se tratando da importância da comunicação como barreira para evitar a ocorrência de eventos adversos, a dimensão “trabalho em equipe entre as unidades” obteve o segundo menor percentual de respostas positivas. Assim como a com a dimensão “abertura da comunicação” percebeu-se que pode haver resistência ao trabalho multiprofissional por parte da classe médica. Tal fato pode estar associado a pouca disponibilidade do prescritor em ser receptivo às tentativas de abordagem pelo farmacêutico para a realização de intervenções farmacêuticas pertinentes que visam otimizar e garantir a segurança da farmacoterapia do paciente (ROMANO-LIEBER, 2002).

Outras dimensões apontadas como oportunidade de melhoria no presente estudo foram em relação à adequação de profissionais e trabalho dentro das unidades. Estudos apontam que um ambiente de trabalho baseado no respeito

mútuo pode contribuir para a satisfação dos profissionais, influenciando diretamente a cultura de segurança, ao passo que possibilita a redução de falhas relacionadas à comunicação e a menor ocorrência de eventos adversos (TOSO, 2016).

Outro ponto aqui enfatizado para a melhoria, foi em relação ao apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, que obteve o terceiro menor percentual de respostas positivas. Isso sugere que os profissionais têm a percepção de que a alta gestão se preocupa de maneira insuficiente com questões referentes à cultura de segurança do paciente na organização hospitalar.

Os resultados encontrados levam a crer que a cultura de segurança da alta gestão parece ser reativa, pois limita-se a reagir aos eventos após a ocorrência destes, não se antevendo com a adoção de medidas preventivas como as capacitações em todos os níveis, o que vai de encontro à promoção da qualidade do cuidado e práticas seguras na organização.

Por outro lado a dimensão expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente apresentou o maior percentual de resposta positiva, entretanto ficou aquém de ser considerada uma dimensão fortalecida.

Esse achado sugere que, na perspectiva dos profissionais participantes, existe uma preocupação da chefia imediata em promover ações de segurança do paciente ao considerar as sugestões e reconhecer a participação dos colaboradores para a segurança do paciente, promovendo assim uma cultura proativa no âmbito do serviço de farmácia. O que é considerado positivo, pois é desejável em uma organização que a liderança propicie um ambiente onde os profissionais sintam-se empoderados para buscar soluções de problemas e propor melhorias, sendo assim, a cultura proativa é a base para estabelecer e sustentar a cultura da organização.

Pode-se observar a partir dos dados encontrados que há uma cultura de segurança favorável à chefia imediata e desfavorável à liderança da alta gestão. Tal fato também foi observado por Kawamoto em um estudo realizado em 2016.

Outra dimensão fragilizada e que carece de melhorias é a percepção da segurança do paciente. Tal resultado corrobora com os achados da dimensão de resultado “nota para a segurança do paciente”, que evidenciou que a maior parte dos participantes avalia como “regular”.

A dimensão aprendizado organizacional - melhoria contínua é comumente bem avaliada. Entretanto, os dados obtidos neste estudo foram divergentes com o estudo desenvolvido por Corona (2017). No presente estudo, a dimensão não obteve respostas positivas elevadas, o que levou a classificação de frágil. Tal achado sugere que os programas de educação continuada na instituição sejam incipientes. Sabe-se que a educação continuada é muito disseminada entre os profissionais de enfermagem, entretanto isso não é muito visto para as demais categorias na temática da segurança do paciente. Sendo assim, presume-se que é importante investir em capacitações regulares sobre este tema. Outra hipótese levantada está condicionada a vinculação do hospital a uma instituição de ensino. Percebeu-se que os estudos que avaliaram a cultura de segurança do paciente em hospitais públicos de ensino obtiveram essa dimensão fortalecida.

As dimensões - resposta não punitiva a erro e frequência da notificação de eventos de segurança, obtiveram baixos percentuais de respostas positivas. Além disso, a taxa de notificação de incidentes também foi baixa, uma vez que a maioria dos participantes não notificou nenhum evento nos últimos 12 meses.

Tal achado pode sugerir que os profissionais não notificam os incidentes por receio de serem repreendidos, punidos ou humilhados, por supor que a notificação não acarretará nenhuma mudança na organização, seja por sobrecarga de trabalho, por ineficiência na comunicação com o NSP ou por haver a inexistência de sistemas e/ou procedimentos internos para notificar os EA para o NSP (DE BORBA NETTO; SEVERINO, 2016).

Assim, presume-se que os profissionais compreendem haver uma cultura punitiva frente aos erros. O que é prejudicial para a segurança do paciente, uma vez que a cultura punitiva não é compatível com os componentes que favorecem a promoção da cultura de segurança.

Vale ressaltar que a responsabilidade pela notificação dos EA junto ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é do NSP e que a inobservância da não notificação caracteriza infração sanitária, conforme descrito no inciso XI do artigo 7º da RDC 36/2013.

Sendo assim, é atribuição da VS municipal inspecionar os estabelecimentos de saúde para verificar o cumprimento da norma, uma vez que o objetivo da notificação é permitir a identificação da ocorrência de danos para aprendizagem e prevenção de sua reincidência, e dessa forma subsidiar os

órgãos reguladores na emissão de alertas e criação de políticas públicas para promover a segurança do paciente.

Deve-se considerar que a VS é uma aliada às práticas seguras pois sua função é identificar e mitigar os riscos em prol de uma assistência segura e de qualidade.

7.4 Avaliação dos comentários sobre segurança do paciente

Os principais pontos levantados pelos participantes trataram sobre dimensionamento da equipe; comunicação pouco efetiva com a equipe médica; resistência ao trabalho interdisciplinar; falhas de comunicação entre profissionais de saúde e entre profissionais e a gestão; a não notificação dos erros; a falta de treinamentos e capacitações periódicas referentes à temática de segurança do paciente desde a alta liderança até os profissionais que atuam na assistência.

As pontuações dos profissionais levaram a crer, junto aos resultados encontrados no HSOPSC, que as fragilidades encontradas podem estar relacionadas aos elementos de estrutura e processo da Tríade Donabediana.

Sendo assim, foi atribuída a classificação de estrutura aos pontos que abordam o dimensionamento de profissionais e a educação continuada, e de processo àqueles que abordam a comunicação e a resistência do trabalho interdisciplinar.

De acordo com Portela (2000), a avaliação de práticas nos serviços de saúde funciona como uma engrenagem, iniciada pela estrutura, que se adequada propicia um bom processo e dessa forma, resulta em mudanças favoráveis.

Outro ponto de destaque é a adesão dos profissionais à seção de comentários. Tal achado permite supor que há engajamento dos profissionais, visto que parecem estar empenhados em colaborar na construção de uma cultura de segurança do paciente positiva, que visa contribuir para a redução de EA e, conseqüentemente, práticas mais seguras.

8. CONCLUSÃO

A disseminação da busca pela qualidade tem despertado cada vez mais o interesse dos profissionais envolvidos tanto no nível assistencial, quanto no nível gerencial e regulatório.

Reconhecer que avaliar a cultura de segurança do paciente é o meio de conhecer potencialidades e fragilidades da organização já é um grande avanço para promover uma assistência segura e de qualidade para o paciente.

Sabendo que o medicamento é um dos protagonistas dentro do hospital seja nos aspectos positivos quanto nos negativos, compreender também a percepção do profissional do medicamento é de suma importância.

Partindo desse pressuposto, a presente pesquisa mensurou e classificou, as dimensões da cultura de segurança do paciente na perspectiva do farmacêutico, inserido no serviço de farmácia de um hospital público de grande porte da cidade do Rio de Janeiro.

De acordo com os parâmetros de avaliação da cultura de segurança do paciente, evidenciou-se que nenhuma das dimensões avaliadas neste estudo atingiu percentuais para serem classificadas como fortes, entretanto, itens componentes de dimensões atingiram percentuais elevados e puderam ser classificados como fortalecidos, sendo eles: “Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito”; “Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente”; “O meu supervisor/chefe não dá atenção aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente”.

As três dimensões associadas à organização hospitalar merecem destaque, pois foram as que tiveram menor percentual de resposta positiva, sinalizando que a alta liderança não promove uma cultura positiva na instituição. Assim como, o elevado percentual de não notificação demonstra a adoção de uma cultura punitiva ao invés de uma cultura justa.

Uma vez que a cultura de segurança do paciente está diretamente atrelada à notificação de incidentes e eventos adversos, nota-se a importância de se investir em estratégias para fortalecer as dimensões.

Por outro lado, aspectos favoráveis ao fortalecimento da cultura de segurança do paciente estão relacionados às variáveis sociodemográficas dos profissionais, como o tipo de vínculo empregatício, a experiência dos profissionais e o tempo de serviço na instituição.

REFERÊNCIAS

ANACLETO, T. A. ; ROSA, M. B. ; NEIVA, H. M. ; MARTINS, M. A. P. Erros de Medicação: Farmácia Hospitalar. Revista Pharmacia Brasileira ; 74: 24; 2010.

Disponível em: https://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/124/encarte_farmaciahospitalar.pdf

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Organização Pan-Americana de Saúde. Introdução à Segurança do Paciente e Qualidade, módulo 1, unidade 1. Brasília, 2016a. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6383/1/Unidade%201%20-%20Qualidade%20e%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente%20em%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde%20%281%29.pdf>

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Organização Pan-Americana de Saúde. Introdução à Segurança do Paciente e Qualidade, módulo 1, unidade 2. Brasília, 2016b. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6383/2/Unidade%202%20-%20Cultura%20de%20Seguran%C3%A7a%20em%20Servi%C3%A7o%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf/view>

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. BOLETIM DE FARMACOVIGILÂNCIA - Erros de Medicação, n 8. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/monitoramento/farmacovigilancia/boletins-de-farmacovigilancia/boletim-de-farmacovigilancia-no-08.pdf/view>

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Ministério da Saúde. Plano integrado para a gestão sanitária da segurança do paciente em serviços de saúde: monitoramento e investigação de eventos adversos e avaliação de práticas de segurança do paciente. Brasília, 2021. Disponível em:

<<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-integrado-2021-2025-final-para-publicacao-05-03-2021.pdf>>

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais - 2021. Brasília: Agência

Nacional de Vigilância Sanitária, 2022. Disponível em:

<<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/relatorio-avaliacao-da-cultura-de-seguranca-2021.pdf>>

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013b. Seção 1, p. 43. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013a. Seção I, p.32-33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. (2013c).

Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. (2013d).

Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente, Anexo 03:Protocolo De Segurança Na Prescrição, Uso e Administração De Medicamentos, Ministério da Saúde / Anvisa / Fiocruz/ FHEMIG. (2013e). Disponível em:

<<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/view>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Disponível em:

<https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2016-anvisa---caderno-6---implantacao-nucleo-de-seguranca.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 153, de 26 de abril de 2017. Dispõe sobre a classificação do grau de risco para as atividades econômicas sujeitas à vigilância sanitária, para fins de licenciamento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 abr. 2017. Seção I, p.67.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0588_13_08_2018.html>

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Segurança do paciente: medicação sem danos – o papel do farmacêutico / International Pharmaceutical Federation ; tradução de Aline de Oliveira Magalhães Mourão e Mariana Martins Gonzaga do Nascimento. – Brasília, 2021. Disponível em:

<<https://www.cff.org.br/userfiles/Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente%20FIP.pdf>>

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Perfil do farmacêutico no Brasil: relatório – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. Disponível em:

<https://www.cff.org.br/userfiles/file/Perfil%20do%20farmac%C3%AAutico%20no%20Brasil%20_web.pdf>

CORONA, Arminda Rezende de Pádua Del. Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospital público de ensino de Mato Grosso do Sul. 2017. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em:

<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-27042018-142808/publico/Tese_Arminda_Corrigida.pdf>

COSTA, Daniele Bernardi da et al. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 27, 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/tce/a/ZWcDcxB9zC5KzbdMPZQrWYF/abstract/?lang=pt>>

DE BORBA NETTO, Fernanda Colares; SEVERINO, Fernanda Gadelha. Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino do Ceará. *Revista brasileira em promoção da saúde*, v. 29, n. 3, p. 334-341, 2016. Disponível em: <<https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/5230/pdf>>

DONABEDIAN A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Michigan (USA): Health Administration Press; 1980. p. 77-125.

DONABEDIAN A. The seven pillars of quality. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 1990;114(11):1115-18.

GAMA, Z. A. S.; SATURNO, P. J. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: *Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em:

<https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf>

GONÇALVES FILHO, Anastacio Pinto; ANDRADE, José Célio Silveira; MARINHO, Marcia Mara de Oliveira. Cultura e gestão da segurança no trabalho: uma proposta de modelo. *Gestão & Produção*, v. 18, p. 205-220, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/gp/a/zGfQrqLQ5qPVZTvNR6kxsDH/?format=pdf&lang=pt>>

INSTITUTE OF MEDICINE [IOM]. Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press, 2001. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Bookshelf_NBK222274.pdf>

JACQUES, Fernanda Boaz Lima; MACEDO, Eluiza; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional de seis hospitais brasileiros. *Saúde em Redes*, v. 7, n. 3, p. 399-416, 2021. Disponível em:

<<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3364>>

KAWAMOTO, Andressa Morello 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. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 8, n. 2, p. 4387-4398, 2016.

Disponível

em:

<http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4530/pdf_1888>

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Técnicas de Pesquisa. 8 edição. São Paulo: Atlas, 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Ciência & saúde coletiva, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>

NIEVA, V.F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Saf Health Care. 2003. Disponível em:

<https://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.long>

OLIVEIRA, Regina Célia de; CAMARGO, Ana Elisa Bauer de; CASSIANI, Sílvia Helena De Bortoli. Estratégias para prevenção de erros na medicação no setor de emergência. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 58, p. 399-404, 2005. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reben/a/9C3psGPzmVzRDL6Hg46CMKR/abstract/?lang=pt>>

OMS. Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021. Disponível em:

<https://ameci.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Patient_Safety_Plan_OMS_PORTUGUES-1-1.pdf>

PENA, Mileide Moraes. Ocorrência de eventos adversos e sua relação com o fator comunicação em um hospital universitário. 2015. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-16092015-145053/publico/MILEIDE_MORAIS_PENA_TESE.pdf>

PEREIRA, Rafaela; NETO, Hernâni Veloso. Avaliação do clima de segurança numa indústria de espumas a partir das atitudes e comportamentos dos trabalhadores. CESQUA-Cadernos de Engenharia de Segurança, Qualidade e Ambiente, v. 1, n. 3, p. 18-38, 2020. Disponível em:

<<https://www.cesqua.org/index.php/cesqua/article/view/44/31>>

PORTELA, Margareth Crisóstomo. Avaliação da qualidade em saúde. Rozenfeld S, organizadora. Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 259-269, 2000. Disponível em:

<<https://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-15.pdf>>

REIS, Cláudia Tartaglia; MARTINS, Mônica; LAGUARDIA, Josué. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Ciência & saúde coletiva, v. 18, p. 2029-2036, 2013. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/vHsXdrnkn6qTnkLkGsFJbr/?format=pdf&lang=pt>>

REIS C.T. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Fundação Oswaldo Cruz; 2013. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/14358/ve_Claudia_Reis_ENSP_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ROMANO-LIEBER, Nicolina Silvana et al. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. Cadernos de Saúde Pública, v. 18, n. 6, p. 1499-1507, 2002. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/RwfxBRRfm5V6kZzFMkh5FBb/?lang=pt>>

SILVA, Ana Valesca Fernandes Gillson; LANA, Francisco Carlos Felix. Significando o risco sanitário: modos de atuação sobre o risco na vigilância sanitária. Vigil Sanit Debate, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 17-26, 2014. Disponível em:

<<https://www.redalyc.org/pdf/5705/570561860004.pdf>>

SILVA, Flavia Janolio Costacurta Pinto da. Avaliação da qualidade do serviço de saúde: a visão do cliente. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em:

<<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-22052014-185454/publico/FlaviaJanolioCostacurtaPintodaSilva.pdf>>

SORRA J, GRAY L, STRAGLE S, et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. (Prepared by Westat, under Contract No. HHS290201300003C). AHRQ Publication No. 18-0036-EF (Replaces 04-0041, 15(16)-0049-EF). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. July 2018. Disponível em:

<https://www.ahrq.gov/sops/qualitypatientsafety/patientsafetyculture/hospital/index.html>>

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (Ed.). Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2019.

Toso GL, Golle L, Magnago TSBS, Herr GEG, Loro MM, Aozane F, et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. Rev Gaucha Enferm. 2016[citado em 2018 mar. 10];37(4):e58662. Disponível em: Disponível:

<<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n4/0102-6933-rgenf-1983-144720160458662.pdf>>

WANG, Xue et al. The relationship between patient safety culture and adverse events: a questionnaire survey. International journal of nursing studies, v. 51, n. 8, p. 1114-1122, 2014. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748913003854>>

WHO. World Health Organization. Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care. Geneva: World Health Organization; 2005.

WHO. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety (2007, June). Report on the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland.

WHO. World Health Organization. The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives. Geneva: World Health Organization; 2008.

WHO. World Health Organization. Patient Safety. Geneva: World Health Organization, 2017a

WHO. World Health Organization. Launches global effort to halve medication-related errors in 5 years. Geneva: World Health Organization, 2017b

APÊNDICE 1



SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada “A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR”, vinculada à Residência Multiprofissional em Vigilância Sanitária do Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e Inspeção Agropecuária - IVISA-Rio, que será conduzida pela pesquisadora Isabela Galhardo e sua equipe. Você foi selecionado(a) por trabalhar na instituição alvo do estudo e por sua atuação profissional influenciar indiretamente o cuidado prestado ao paciente. Sua participação é voluntária e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com a pesquisadora ou com sua instituição de trabalho. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo. A pesquisa cumpre as exigências referentes ao sigilo e aspectos éticos conforme instituído na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas envolvendo seres humanos. O objetivo geral desta pesquisa é verificar a cultura de segurança da instituição hospitalar na percepção dos profissionais farmacêuticos. A participação neste estudo consiste em responder o questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) da Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) adaptado à realidade brasileira que aborda questões referentes à Cultura de Segurança do Paciente nos hospitais. A aplicação do questionário será realizada de forma presencial e individual nas dependências do hospital e levará em torno de 15 (quinze) minutos para ser respondido. Quanto aos cuidados sanitários adotados para a realização da aplicação do questionário frente à pandemia por COVID-19, serão disponibilizados álcool gel e máscaras descartáveis para os participantes. Você não é obrigado a responder todas as perguntas e poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ser prejudicado por isso. Não há respostas certas ou erradas, pois o que importa é como você compreende os assuntos abordados. A pesquisadora responsável pelo estudo irá analisar as informações passadas por você através da sua resposta ao questionário. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial e

não teremos informações sobre seu nome em qualquer fase do estudo. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar participar desse estudo, rubricue todas as folhas e assine ao final deste documento. As folhas também terão sido rubricadas pela pesquisadora e assinada pela mesma, na última página. Este documento tem 2 (duas) vias e 1 (uma) delas é sua. A outra ficará com a pesquisadora responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado de forma alguma. Com relação aos benefícios proporcionados pela presente pesquisa, não apresenta benefícios de modo direto para você. No entanto, os benefícios desta pesquisa estão relacionados à geração de conhecimentos científicos e subsídios teóricos e práticos para a compreensão do status de cultura de segurança dos profissionais farmacêuticos que atuam em hospital que compõe a rede municipal de saúde do Rio de Janeiro, possibilitando que intervenções sejam feitas para o seu fortalecimento, além de possibilitar a identificação de processos passíveis de melhoria. Este estudo poderá contribuir para o planejamento de medidas para a implementação de processos assistenciais cada vez mais seguros. O preenchimento deste questionário oferece riscos mínimos, sendo que algumas perguntas podem remeter a algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço durante ou após responder o questionário. Caso alguma destas situações ocorra, você poderá interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem ser prejudicado por isso. Ainda quanto aos riscos, há a possibilidade do risco de quebra de sigilo, neste sentido, salienta-se que no questionário não há campo para a identificação dos participantes e em hipótese alguma os participantes serão identificados. Como medida de proteção, todos os documentos relativos à pesquisa serão guardados em local restrito pelo prazo de 5 (cinco) anos e apenas a pesquisadora, a co-orientadora e a orientadora terão acesso. Contudo, apesar da consciência da possibilidade destes riscos existirem, esta pesquisa buscará trabalhar de forma a evitar a sua ocorrência, bem como buscará não ferir a singularidade do participante, e sim, respeitá-lo em todas as suas dimensões. Caso ocorra dano decorrente associado à sua participação na pesquisa, comprometemo-nos a fornecer-lhe suporte e indenização sobre o dano ocorrido, conforme aponta a Resolução CNS 466/2012. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos mantendo o sigilo e anonimato. Desta forma, será garantido o anonimato de todos os participantes em todas as fases da pesquisa. Você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. A presente pesquisa está baseada na Resolução CNS 466/12 e a pesquisadora declara expressamente que se compromete a cumprir essa resolução. Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações. Você poderá solicitar acesso aos resultados preliminares da pesquisa, mediante solicitação à coordenadora da pesquisa. Em caso de dúvidas ou se você quiser desistir de participar da pesquisa, entre em contato com

Isabela Alcantara Galhardo no telefone (21) 99115-1677 ou pelo e-mail isabelagalhardo@id.uff.br ou no seguinte endereço Rua do Lavradio, 180 - Centro, Rio de Janeiro - RJ, 20230-070. Se você tiver perguntas com relação aos seus direitos, como participante do estudo, também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da SMS, situado Evaristo da Veiga, 16 - 4o andar - Centro - RJ, 20031-040. Telefone: 2215-1485.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li as informações contidas neste documento antes de assiná-lo. Declaro que recebi uma cópia deste termo, tendo todas as minhas dúvidas esclarecidas e entendido os objetivos; a forma de minha participação na pesquisa; os riscos e benefícios envolvidos. Dessa forma, declaro que concordo em participar da pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ / ____ / 2023

Assinatura do Participante da Pesquisa

Atesto que expliquei, cuidadosamente, a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Acredito que o participante tenha recebido todas as informações necessárias, fornecidas em linguagem adequada e compreensível.

Isabela Alcantara Galhardo

ANEXO 1



SAÚDE

Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

Instruções

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

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

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

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

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

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

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

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

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

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

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

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

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

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

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

SEÇÃO C: Comunicação

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

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

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

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

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

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

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

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

SEÇÃO F: O seu hospital

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

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

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

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

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

SEÇÃO H: Informações gerais

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

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

- a. Menos de 1 ano
- 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

SEÇÃO H: Informações gerais (continuação)

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

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

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

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

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

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

SEÇÃO H: Informações gerais (continuação)

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

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

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

7. Qual o seu grau de instrução:

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

8. Qual a sua idade? _____ anos

9. Como você se percebe em relação ao seu gênero?

<input type="checkbox"/> a. Feminino	<input type="checkbox"/> c. Outro
<input type="checkbox"/> b. Masculino	<input type="checkbox"/> d. Prefiro não declarar

10. Qual o tipo de vínculo empregatício você tem com o hospital?

- a. Estatutário b. Celetista

11. Apresenta vínculo empregatício em outra instituição?:

- a. Sim b. Não

12. Na sua escala de trabalho, você é:

- a. Plantonista Diurno c. Plantonista Diurno/Noturno
- b. Plantonista Noturno d. Diarista

13. Em qual turno você trabalha?:

- a. Diurno b. Noturno c. Diurno/Noturno

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 2

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE

O HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: "A PERCEPÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS EM HOSPITAL MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO RIO DE JANEIRO" , sob responsabilidade da pesquisadora Isabela Alcantara Galhardo e do Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonose e Inspeção Agropecuária.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

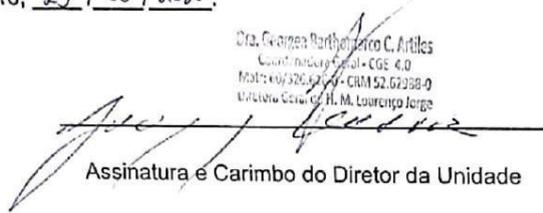
Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição "anuenta" tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

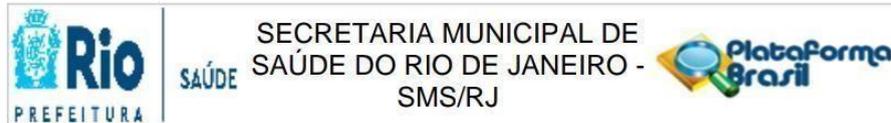
Rio de Janeiro, 23 / 08 / 2022.

Dr. Georgette Bartholomeo C. Artiles
Coordenadora Geral - CGE 4.0
Matr: nº/326.127 - CRM 52.62958-9
Unidade Central - H. M. Lourenço Jorge



Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

ANEXO 3



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A COMPREENSÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS EM HOSPITAL MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO RIO DE JANEIRO.

Pesquisador: ISABELA ALCANTARA GALHARDO

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 63262022.5.0000.5279

Instituição Proponente: Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

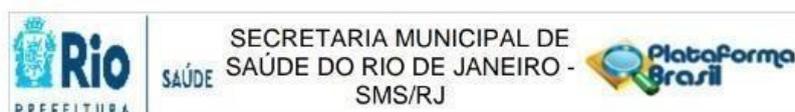
Número do Parecer: 5.845.261

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2008140.pdf	20/12/2022 19:06:43		Aceito
Outros	CARTA_PENDENCIAS_NOVA_2.pdf	20/12/2022 19:05:00	ISABELA ALCANTARA GALHARDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO_NOVO_2.pdf	20/12/2022 19:01:30	ISABELA ALCANTARA GALHARDO	Aceito
Outros	CARTA_PENDENCIAS_NOVA.pdf	14/12/2022 14:46:50	ISABELA ALCANTARA GALHARDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCR_ISABELA_NOVA.pdf	14/12/2022 14:45:31	ISABELA ALCANTARA GALHARDO	Aceito
Outros	CURRICULOLATTES_ORIENTADORA.pdf	14/12/2022 14:45:18	ISABELA ALCANTARA GALHARDO	Aceito
Outros	CURRICULOLATTES_COORIENTADORA.pdf	14/12/2022 14:45:04	ISABELA ALCANTARA GALHARDO	Aceito
Outros	COMPROMISSO_CRONOGRAMA.pdf	31/10/2022 23:04:50	ISABELA ALCANTARA	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br

Página 16 de 19



Continuação do Parecer: 5.845.261

Outros	COMPROMISSO_CRONOGRAMA.pdf	31/10/2022 23:04:50	GALHARDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCR_ISABELA.pdf	31/10/2022 23:03:41	ISABELA ALCANTARA GALHARDO	Aceito
Outros	HSOPSC_MODIFICADO.pdf	31/10/2022 23:02:23	ISABELA ALCANTARA GALHARDO	Aceito
Outros	DECLARACAONEGATIVA_ISABELA.pdf	31/10/2022 23:01:22	ISABELA ALCANTARA GALHARDO	Aceito
Outros	CARTA_PENDENCIAS.pdf	31/10/2022 23:00:57	ISABELA ALCANTARA GALHARDO	Aceito
Cronograma	ADEQUACAO_CRONOGRAMA.pdf	31/10/2022 22:59:05	ISABELA ALCANTARA GALHARDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO.pdf	31/10/2022 22:54:18	ISABELA ALCANTARA GALHARDO	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA.pdf	31/08/2022 20:52:08	ISABELA ALCANTARA GALHARDO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	31/08/2022 20:48:51	ISABELA ALCANTARA GALHARDO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 05 de Janeiro de 2023

Assinado por:
 Brígida Araújo de Carvalho Silva
 (Coordenador(a))