



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Ramo de gestão e liderança em sistemas de saúde

Título da dissertação

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

Nome do estudante: Grácio Fenias Guambe

Maputo, 28 de janeiro de 2025



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Ramo de gestão e liderança em sistemas de saúde

Título da dissertação

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

Nome do estudante: Grácio Fenias Guambe

Nome e título do Supervisor: Prof. Doutor Mohsin Sidat, MD, PhD

Maputo, 28 de janeiro de 2025

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

Declaração de Originalidade do Projecto

Eu, **Grácio Fenias Guambe**, declaro por minha honra que esta dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau ou num outro âmbito e que ela constitui o resultado do meu labor individual. Esta dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública da Universidade Eduardo Mondlane.

Maputo, 28 de janeiro de 2025

Grácio Fenias Guambe

Dedicatória

À minha esposa Maria Irene Marinho, meus filhos, Graciana, Lucas, Miguel e Luísa Victória, minha mãe Ivone, que me apoiam do ponto de vista sócio familiar no meu dia a dia e são minha fonte de motivação.

Agradecimentos

Os meus agradecimentos especiais:

Ao meu supervisor, Prof. Doutor Mohsin Sidat pela disposição e suporte na realização deste trabalho, desde a interação nas disciplinas curriculares com ênfase na disciplina de metodologia de investigação científica.

A Deus pela vida, saúde e oportunidades, ao meu amigo Almiro Tivane, mentor e fonte de inspiração para minha carreira de investigador.

Os meus agradecimentos incluem embora não se limitem:

Ao Ministério da Saúde pela bolsa de Estudos na realização do mestrado, em parceria com o Banco Mundial.

À Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Medicina e Departamento de Saúde da Comunidade em particular pela orientação na elaboração desta dissertação.

Ao Serviço Provincial de Saúde da província de Maputo e a equipa do Hospital Geral da Machava, pela recepção, apoio e colaboração na execução deste estudo.

A equipa do IFC, com destaque a Dra Ajibique, por me ter introduzido ao tema desta pesquisa.

Ao dr. Zelito Joanhina por ter apoiado na componente estatística junto com os digitadores Gonçalves Ernesto e Almeida Pedro.

A Dra Elzier, junto com o corpo administrativo da Faculdade de Medicina pelo apoio técnico na realização da pesquisa.

Índice

Declaração de Originalidade do Projecto	iii
Agradecimentos	v
Índice	vi
Índice de figuras e tabelas	viii
Abreviaturas e acrónimos	x
Resumo	xi
Abstract.....	xii
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Contextualização	1
1.2 Justificativa.....	2
1.3 Motivação	3
1.4 Problema.....	3
2.PERGUNTA DE PESQUISA	5
3. OBJECTIVOS	5
3.1 Objectivo geral	5
3.2 Objectivos específicos	5
4. CONTRIBUIÇÃO.....	6
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	6
5.1 Segurança do doente.....	6
5.2 Qualidade em saúde e a segurança do paciente.....	10
5.3 Cultura de segurança	12
5.4 Avaliação da cultura de segurança do doente.....	15
6. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	18

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024	

6.1	Conceitos utilizados no estudo	20
7.	MATERIAL E MÉTODOS.....	21
7.1	Desenho de estudo	21
9.2	Local do estudo.....	21
7.3	Período do estudo	23
7.4	População do estudo	23
7.4.2	Critérios de Inclusão e Exclusão	23
7.5	Procedimentos, técnicas, e instrumentos de recolha de dados	23
7.6	Gestão e análise de dados	24
8.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	26
9.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	27
9.1	Riscos e BenefíciosRevisão do protocolo	27
9.2	Consentimento informado	27
10.	RESULTADOS	27
12.1	Sobre os participantes.....	27
12.2	Perfil sócio demográfico dos participantes.....	28
11.	DISCUSSÃO	32
12.	CONCLUSÃO.....	46
13.	REFERÊNCIAS	49
	ANEXOS	56

Índice de figuras e tabelas

Tabela 1 Grupos de dimensões da cultura de segurança do doente.....	17
Tabela 2 Distribuição dos participantes por sexo e idade	29
Tabela 3 Histórico de resposta a questionário HSOPSC e percepção sobre acreditação do serviço onde trabalham os participantes	29
Tabela 4 Ocupação dos participantes no Hospital Geral da Machava	30
Tabela 5 Distribuição dos participantes por sector de trabalho.....	31
Tabela 6 Experiência de trabalho na instituição e nível de formação académica dos participante	32
Tabela 7 Respostas positivas por dimensão e ordem decrescente.....	33
Tabela 8 Respostas positivas para as questões referentes a dimensão “Dotação de pessoal” ...	34
Tabela 9 Respostas positivas para as questões referentes a dimensão “Resposta não punitiva ao erro”	35
Tabela 10 Respostas positivas para as questões referentes a dimensão feedback e comunicação acerca do erro.....	35
Tabela 11 Respostas positivas para as questões referentes a dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente”	36
Tabela 12 Respostas positivas para as questões referentes a dimensão “abertura na comunicação”	36
Tabela 13 Respostas positivas para as questões referentes a dimensão “apoio a segurança do paciente pela chefia do hospital”	37
Tabela 14 Respostas positivas para as questões da dimensão “trabalho entre as unidades”	37
Tabela 15 Respostas positivas para as questões da dimensão “transições”	38
Tabela 16 Respostas positivas para as questões da dimensão “percepções gerais sobre a segurança do doente”	38
Tabela 17 Respostas positivas para as questões da dimensão “frequência e número de notificações de eventos”	39
Tabela 18 Categorias e conteúdos dos comentários	40
Tabela 19 Comparação das dimensões entre o HGM e hospitais da base de dados norte americana.....	43

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

Figura 1 Parceria Africana para Segurança do Paciente – Estrutura de Acções de melhoria (WHO, 2015).....	9
Figura 2 Esquema ilustrativo da definição da cultura de segurança do paciente na tradução do autor (Famolaro et al., 2018)	14
Figura 3 Modelo de queijo suíço do Reason (2000) para explicação do erro (BRASIL, 2014)	18
Figura 4 Excerto de quadro conceptual da eficácia do engajamento de pacientes e familiares na melhoria da segurança do paciente (Park & Giap, 2020).....	19
Figura 5 Resumo da participação dos trabalhadores do Hospital no estudo	28
Figura 6 Análise comparativa das dimensões por nível	33
Figura 7 Proporção de participantes que notificou eventos adversos.....	39

Abreviaturas e acrónimos

AHRQ	Agency for health research and quality
HSOPSC	Hospital survey on patient safety culture
IACS	Infecções associadas a cuidados de saúde
MCQ	Melhoria contínua da qualidade
PCI	Prevenção e controle de infecções
SBAR	<i>Situation-Background-Assessment-Recommendation</i>
TS	Trabalhadores de saúde
UEM	Universidade Eduardo Mondlane

Resumo

Contexto:

A avaliação da cultura de segurança do paciente nas organizações hospitalares é uma prática globalmente recomendada para dar suporte à governação e liderança de sistemas de saúde funcionais focados na priorização de cuidados de saúde de qualidade e seguros. Contudo, não existem até então estudos de género realizados e publicados em Moçambique. Assim, este estudo pretendeu avaliar a cultura de segurança do paciente sob a perspectiva de trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal e quantitativo que procurou inquirir o universo de 300 trabalhadores do hospital. Foi aplicado o questionário denominado *Hospital Survey On Patient Safety Culture*. Os dados foram analisados através da estatística descritiva.

Resultados

Com taxa de resposta de 51,3% registou-se uma média global de respostas positivas de 54% nas 12 dimensões, sem associações com características sociodemográficas. Entre os pontos fortes da cultura, percepções positivas foram mais relatadas a nível das dimensões como a “aprendizagem organizacional e melhoria contínua (73,6%), o trabalho em equipa (73,2%), as transições (61,6%), o apoio pela gestão (61,3%) e o trabalho entre as unidades (57,9%)”. As fraquezas foram encontradas nas dimensões de percepções gerais, dotação de profissionais e a resposta ao erro não punitiva onde as percepções positivas foram relatadas por apenas 49,8%, 36,5% e 27,3% dos participantes respectivamente.

Conclusão

Os resultados deste estudo, apesar de único, evidenciam já a necessidade da elaboração de um plano de acção para melhorar a cultura de segurança do paciente. Eventualmente, estudos similares em outros contextos locais podem ajudar a consolidar o entendimento sobre a cultura de segurança do paciente em Moçambique.

Palavras-chaves: Cultura organizacional, Segurança do paciente, Qualidade da assistência de saúde.

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

Abstract

Context:

Assessing patient safety culture in hospital organizations is a globally recommended practice to support the governance and leadership of functional health systems focused on prioritizing quality and safe healthcare. However, there are currently these kinds of studies carried out and published in Mozambique. Therefore, this study intended to evaluate the patient safety culture from the perspective of healthcare workers at Hospital Geral da Machava.

Methods

This is an observational, descriptive, cross-sectional and quantitative study that sought to survey 300 hospital workers. The questionnaire called Hospital Survey On Patient Safety Culture was applied. The data were analyzed using descriptive statistics.

Results

With a response rate of 51.3%, there was an overall average of positive responses of 54% across the 12 dimensions, with no associations with sociodemographic characteristics. Among the strengths of culture, positive perceptions were most reported in terms of dimensions such as “organizational learning and continuous improvement (73.6%), teamwork (73.2%), transitions (61.6%), management support (61.3%) and work between units (57.9%)”. Weaknesses were found in the dimensions of general perceptions, staffing and non-punitive error response where positive perceptions were reported by only 49.8%, 36.5% and 27.3% of participants respectively.

Conclusion

The results of this study, although unique, already highlight the need to develop an action plan to improve the patient safety culture. Eventually, similar studies in other local contexts may help to consolidate the understanding of the patient safety culture in Mozambique.

Keywords: Organizational culture, Patient safety, Quality of healthcare.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

Nos últimos anos, em todo mundo os danos ao paciente devido a cuidados inseguros figuram entre as principais causas de incapacidade e morte, constituindo um enorme e crescente desafio de saúde pública, embora estes danos sejam na sua maior parte evitáveis. Trata-se de um problema que resulta em elevados custos económicos, financeiros e sociais. (WHO, 2021).

A avaliação da cultura de segurança do doente é uma prática convencional e internacionalmente reconhecida por organismos de acreditação hospitalar como uma ferramenta que “permite identificar e gerir prospectivamente as questões relevantes de segurança nas rotinas e condições de trabalho. Esta prática contribui na monitoria de mudanças e resultados relacionados à segurança”(Reis, 2019) .

O acidente nuclear de Chernobyl, ocorrido em abril de 1986, é apontado como um dos eventos que deu grande visibilidade ao conceito de “cultura de segurança” após a detecção de várias falhas de segurança. O processo de detecção destas falhas, tornou o desastre uma referência para segurança nos cuidados de saúde, assim como é a segurança na aviação (Souza & Mendes, 2019).

A organização mundial da saúde (OMS) após várias iniciativas ao longo das últimas décadas, concebeu em resposta a necessidade de soluções efectivas para segurança na prestação de cuidados, um plano de acção global para segurança do paciente 2021-2030. Um dos sete pilares que guia a implementação do plano é “incutir uma cultura de segurança na concepção e prestação de cuidados de saúde” (WHO, 2017).

A nível regional, foram estabelecidas parcerias africanas para segurança do paciente, que consistiram na gemelagem de hospitais africanos junto a hospitais ocidentais. Estas parcerias tinham como objectivo, melhorar o desempenho na segurança do paciente através da transferência de tecnologias por parte dos hospitais ocidentais (WHO, 2015).

A primeira ronda foi entre 2009 - 2011 e envolveu 6 hospitais africanos de países exclusivamente francófonos e anglo saxónicos, sucedida da segunda onda, entre 2012-2014, que

envolveu mais 10 hospitais, passando a incluir um país lusófono, Moçambique, onde o hospital central da Beira pareceu com o *Ipswich Hospital NHS* do Reino Unido. Em Moçambique a ênfase foi apenas em acções de melhoria ligadas ao desenvolvimento de capacidades através de programas de prevenção e controle de infecções, de saúde e segurança no ambiente de trabalho, cirurgia e medicação seguras (WHO, 2015).

Um dos primeiros passos para influenciar uma cultura é avaliar a cultura. Após este passo segue-se a priorização de aspectos para mudança e posterior definição de acções de mudança, culminando com sua verificação, revisão e retoma do ciclo (TSO, 1999). Estudos e pesquisas são necessários para estimular a cultura de segurança, acompanhados de intervenções que visam socializar o tema nas equipas de trabalho para fortalecer a compreensão de cada um dos membros sobre a relevância da cultura de segurança (Oliveira, 2012).

Em Moçambique ainda não existem estudos realizados e publicados sobre a cultura de segurança do paciente nos hospitais, o que está associado a fraca institucionalização e sistematização de iniciativas de segurança do paciente. O presente estudo buscou entre outras razões responder esta lacuna.

A estrutura do relatório deste estudo é convencional e inicia com esta introdução que traz a justificativa, motivação e a descrição do problema de Estudo. Em seguida é destacada a pergunta de pesquisa, seguindo os objectivos e a contribuição esperada, que são sucedidos pela revisão bibliográfica, o enquadramento conceptual, material e métodos, terminando com os resultados, respectiva discussão, conclusões, recomendações e elementos pós textuais.

1.2 Justificativa

A cultura de segurança do paciente é uma prioridade global, incentivada por organizações de saúde como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e agências de qualidade, como a Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ). Em Moçambique, o tema permanece pouco explorado cientificamente, evidenciando a lacuna de conhecimento e a necessidade de estudos contextualizados para fortalecer o sistema de saúde.

Considerando que a cultura de segurança do paciente influencia directamente a qualidade e a segurança dos serviços prestados, avaliar as percepções dos trabalhadores de saúde permite

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

identificar tanto boas práticas quanto às lacunas. Essas informações possibilitam o desenvolvimento de acções específicas para fomentar um ambiente mais seguro e de qualidade.

Estes aspectos são reforçados pelo facto de serem raros os estudos sobre esta temática no contexto de Moçambique, constituindo assim uma motivação adicional para realizar esta pesquisa.

1.3 Motivação

A necessidade para este estudo surge de diversos factores interligados que destacam a importância de investigar a cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar em Moçambique, em especial no Hospital Geral da Machava. Dentre vários aspectos que influenciaram a percepção da necessidade de estudar a cultura de segurança do doente no ambiente hospitalar, destacam-se:

- A vivência no quotidiano de trabalho no Serviço Nacional de Saúde em geral e particularmente no programa de prevenção e controle de infecções, no qual o pesquisador acompanhou aspectos que denotavam uma cultura de segurança enfraquecida;
- A participação em um programa de formação em matéria de gestão de qualidade dos serviços de saúde com ênfase na segurança do doente que proporcionou ao pesquisador uma compreensão mais profunda das nuances que envolvem a cultura de segurança. Este treinamento enfatizou o papel fundamental da cultura organizacional para garantir práticas seguras e melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados;
- Uma experiência pessoal de vivenciar um evento adverso em ambiente hospitalar, relacionado a uma falha de comunicação de resultados de exames devido a uma identificação incorreta. Esse incidente não apenas evidenciou falhas potenciais no processo de segurança, mas também ressaltou a necessidade urgente de fortalecer práticas e sistemas que evitem a geração de eventos semelhantes.

1.4 Problema

Actualmente e a nível global, os danos ao paciente devido a cuidados inseguros figuram entre as principais causas de incapacidade e morte, constituindo um enorme e crescente desafio de

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

saúde pública, embora estes danos sejam na sua maior parte evitáveis. Trata-se de um problema que resulta em elevados custos económicos, financeiros e sociais estimados em cerca de um a dois trilhões de dólares norte americanos ao ano, na redução da confiança do público nos serviços e sistemas de saúde que divulgam resultados sobre os eventos adversos registados, assim como em danos psicológicos crónicos associados a sentimento de culpa e autocritica nos provedores de saúde (WHO, 2021).

Isso faz da segurança do paciente um tema actual cuja discussão é ampla e mundial, com inclusive uma abordagem mediática cada vez mais frequente. A estimulação de uma cultura de segurança na equipa de saúde é um imperativo para o estabelecimento e consolidação de estratégias de prevenção a favor de unidades sanitárias mais seguras para os utentes (Lopes de Figueiredo & D’Innocenzo, 2017a).

Enquanto um em cada dez pacientes é sujeito a um evento adverso em países de renda elevada, um estudo realizado em 26 hospitais em regiões de África e oriente médio, evidenciou uma estimativa de mais de 10 mil mortes anuais devido a eventos adversos evitáveis e cerca de uma morte por dia em cada um desses hospitais de países de baixa renda. Estes dados, apesar de estarem subestimados devido a baixa notificação, demonstraram a magnitude deste problema em países de baixa renda (Wilson et al., 2012).

Cuidados de saúde inseguros podem por si constituir uma barreira de acesso aos pacientes, ao criar nestes o receio pela utilização de serviços de saúde formais em ocasiões subsequentes, traduzindo-se em factor de baixa aceitabilidade dos serviços (Jha et al., 2013). Por outro lado, um estudo apontou que o desempenho positivo em diversas dimensões da cultura de segurança do doente estava associado a níveis elevados de satisfação com o trabalho por parte dos profissionais de saúde (Al-Surimi et al., 2022).

Um estudo feito na cidade de Maputo levantou alguns questionamentos sobre a relação médico-paciente, comunicação e informação médica e a falta de exames clínicos notada por vários entrevistados (Borde et al., 2023). De salientar que parte destas questões estão ligadas a dimensões de cultura de segurança do paciente (Oliveira, 2012).

A avaliação da cultura de segurança do doente é uma prática convencional internacionalmente reconhecida por organismos de acreditação hospitalar como uma ferramenta que “permite identificar e gerir prospectivamente as questões relevantes de segurança nas rotinas e condições

de trabalho, a fim de monitorar mudanças e resultados relacionados à segurança”(Reis, 2019)
Em Moçambique, há uma demanda por avaliações de cultura de segurança do paciente, por não existirem estudos realizados e publicados sobre a cultura de segurança do paciente.

2.PERGUNTA DE PESQUISA

Com base na problemática anteriormente descrita, a presente pesquisa persegue resposta para a seguinte pergunta: *“Como é avaliada a cultura de segurança do paciente pelos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava?”*

3. OBJECTIVOS

3.1 Objectivo geral

Avaliar a cultura de segurança do paciente sob a perspectiva de trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no Semestre I de 2024.

3.2 Objectivos específicos

- a) Caraterizar os participantes do estudo de acordo com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais;
- b) Descrever as diferentes dimensões da cultura de segurança entre trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I semestre de 2024;
- c) Comparar as dimensões da cultura de segurança do paciente de acordo com as características sociodemográficas dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I semestre de 2024;
- d) Identificar necessidades e oportunidades de melhoria na área de segurança do paciente no Hospital Geral da Machava no I semestre de 2024;

4. CONTRIBUIÇÃO

Com os resultados deste estudo, para além de um aprofundamento da temática com interesse pessoal do investigador, espera-se também ampliar o acervo bibliográfico local e internacional sobre o tema e contribuir através das evidências geradas na formulação de estratégias e políticas de segurança do doente. Por outro lado, espera-se elevar a consciência de profissionais e gestores de âmbito hospitalar sobre a necessidade de reflectir sobre a cultura de segurança do doente, com vista a promover um ambiente hospitalar seguro para os utentes. Este estudo pode também incentivar a realização de mais pesquisas sobre a cultura de segurança do doente,

Dentro das expectativas arroladas, pode-se destacar a possibilidade de os resultados influenciarem positivamente na optimização das abordagens utilizadas na promoção de um programa de segurança do doente nos hospitais locais. As abordagens poderão incidir na gestão, desde a planificação, a organização, o controlo e a avaliação do programa, com impacto na elevação do nível de segurança assistencial a nível hospitalar, um benefício social almejado por todos.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Segurança do doente

Um recuo no tempo leva-nos a encontrar a clássica frase de Hipócrates, o pai da medicina, “antes de tudo, não causar dano” em latim “*primo non nocere*”, uma evidência de quão antiga é a preocupação com a segurança do paciente. Na história da Enfermagem, destaca-se a frase de Nightingale nos seus escritos “Pode parecer estranho enunciar que a primeira exigência de um Hospital é não causar dano ao doente”, seis anos depois de Ignaz Semmelweiss (1818-1844), um médico húngaro, demonstrar que a desinfecção das mãos leva a menos infecções - febre puerperal (Watcher, 2013).

O médico Semmelweiss, chegou a ser internado em uma unidade sanitária psiquiátrica por defender a necessidade de lavar as mãos antes de tocar nos pacientes, um facto que faz parecer óbvio que a abordagem da segurança nos cuidados dos pacientes é de certa forma recente para a medicina actual (Alencar, Carvalho & Oliveira, 2023) . A OMS conceitua a segurança do doente como “uma estrutura de actividades organizadas que criam culturas, processos,

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes em cuidados de saúde, que visam reduzir os riscos de forma consistente e sustentável, reduzir a ocorrência de danos evitáveis, tornar os erros menos prováveis e reduzir o impacto do dano quando ele ocorre” (WHO, 2021)

Actualmente prospera a tendência de uma mudança terminológica de “erro” para “evento ou dano adverso evitável”, em parte como forma de dar enfoque ao impacto no doente ao invés de focar no profissional ou na equipa que falhou, para uma abordagem preventiva, correctiva e menos punitiva (Watcher, 2013). O relatório “*The err is human*” colocou a segurança como o primeiro passo para desenvolver a qualidade assistencial na área de saúde. Neste relatório, é adoptado o conceito de Reason (1990) que enuncia o erro como “falha de uma ação planejada para ser concluída conforme pretendido ou o uso de um plano errado para atingir um objectivo” (Kohn, Corrigan & Donaldson, 1999).

Este relatório, uma iniciativa do Instituto de Medicina dos EUA em 1998, apresenta em 1999 uma série de recomendações para prevenção e mitigação de erros nos cuidados de saúde, através de várias abordagens. As abordagens davam enfoque sobre a liderança e conhecimento, identificação e aprendizagem sobre os erros, definição de padrões de desempenho e metas de segurança e na implementação de sistemas de segurança em organizações de assistência da saúde (Kohn, Corrigan & Donaldson, 1999).

A concentração de informação sobre o tema pode ser historicamente atribuída a este relatório. Portanto, é considerado um marco importante do surgimento da era de segurança em saúde, na qual crescem os estudos e eventos técnico científicos sobre o tema (Nascimento & Draganov, 2015).

Poucos anos depois, em 2002, na quinquagésima quinta assembleia mundial de saúde (AMS), a OMS aprovou a resolução WHA55.18, na qual os estados-membros foram exortados a dar maior atenção possível ao problema da segurança do paciente. Esta exortação visava promover a geração de mais evidências para alimentar os planos de melhoria contínua do problema (WHO, 2021).

O engajamento de mais da metade dos 192 estados-membros, culminou com a decisão de criar uma aliança global para segurança do paciente, aprovada na quinquagésima sétima sessão da

AMS em maio de 2004. No mesmo ano em outubro, a aliança foi lançada e tinha como elemento central a formulação bienal de um desafio global da segurança do paciente, tendo sido o primeiro desafio “a prevenção e controle de infecções associadas a cuidados de saúde” sob o tema “cuidados limpos são cuidados seguros” (WHO, 2004).

5.1.1 Desafios e marcos

O auge recente deste movimento articulado pela OMS é a designação da década 2021-2030 como década da segurança do paciente. Esta designação foi acompanhada de um plano de acção global com vigência até ao final da década, do qual é possível rever marcos do percurso desde o lançamento da aliança global da segurança do paciente e visualizar os princípios do programa (WHO, 2021):

1º Desafio Global da Segurança do doente (2005): *Clean care is safer care.*

2º Desafio Global da Segurança do doente (2007): *Safe Surgery Saves Lives*, marcado por programas e documentos como o *Patient for patient safety program* que visa envolver indivíduos que sofreram danos durante cuidados de saúde; Documento da taxonomia da segurança do paciente na Classificação Internacional para Segurança do Paciente; Sistema de notificação de eventos adversos; Currículo de segurança do paciente e Parcerias Africanas para segurança do paciente.

3º Desafio Global da Segurança do doente: Medicação sem danos, sucedido pela designação do dia mundial da segurança do paciente, 17 de setembro de 2019.

Nas tendências previstas no plano de acção 2021-2030, destaca-se uma visão de um mundo em que ninguém é prejudicado nos cuidados de saúde e cada paciente recebe cuidados seguros e respeitosos, todas as vezes, em todos os lugares, baseada em sete princípios:

1. Envolver utentes como parceiros do cuidado seguro;
2. Optimizar o trabalho colaborativo;
3. Aprendizagem através da análise e partilha de dados;
4. Transformar evidências em acções alcançáveis e mensuráveis;
5. Políticas e acções baseadas no contexto do cuidado;
6. Usar tanto a perícia da ciência quanto a experiência do paciente para promover segurança;

7. Inculcar uma cultura de segurança no desenho e na provisão dos cuidados de saúde.

A nível regional, foram estabelecidas parcerias africanas para segurança do paciente, que consistiram na gemelagem de hospitais africanos junto a hospitais ocidentais. Estas parcerias tinham como objectivo, melhorar o desempenho na segurança do paciente através da transferência de tecnologias por parte dos hospitais ocidentais (WHO, 2015).

A primeira ronda foi entre 2009 - 2011 e envolveu 6 hospitais africanos de países exclusivamente francófonos e anglo saxónicos, sucedida da segunda onda, entre 2012-2014, que envolveu mais 10 hospitais, passando a incluir um país lusófono, Moçambique, onde o hospital central da Beira pareou com o *Ipswich Hospital NHS* do Reino Unido. Em Moçambique a ênfase foi apenas em acções de melhoria ligadas ao desenvolvimento de capacidades como descritas na figura 1 (WHO, 2015).



Fortalecimento de sistemas de saúde

- Segurança do paciente e dos serviços de saúde e desenvolvimento de sistemas
- Política nacional de segurança do paciente
- Vigilância e pesquisa em segurança do paciente
- Conhecimento e aprendizagem em segurança do paciente



Desenvolvimento de capacidades

- Infecções associadas a cuidados de saúde
- Protecção de trabalhadores de saúde
- Gestão de resíduos em cuidados de saúde
- Cuidados cirúrgicos seguros
- Medicação segura



Advocacia e mobilização de recursos

- Elevação da conscientização sobre segurança do paciente
- Parcerias em segurança do paciente
- Financiamento da segurança do paciente

Figura 1 **Parceria Africana para Segurança do Paciente – Estrutura de Acções de melhoria** (WHO, 2015)

Em 2005, a aliança mundial para segurança do paciente, consagrou em uma parceria desenvolvida entre a *Joint Comission International* e a OMS, seis metas internacionais da segurança do paciente a saber (Reis, 2019):

1. Identificar os pacientes corretamente;

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

2. Melhorar a comunicação efetiva;
3. Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância;
4. Assegurar cirurgias com local de intervenção correcto, procedimento correcto e paciente correcto;
5. Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e,
6. Reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas

5.2 Qualidade em saúde e a segurança do paciente

Existe uma estreita relação entre a qualidade e a segurança que é inquestionável, como descreve Dr. Jean Bosco Ndiokubwayo (Ponto focal regional da segurança do paciente no escritório africano da OMS em 2009): “Não há qualidade sem segurança e não há segurança sem qualidade. A segurança está em um estado virgem na maior parte da África e é difícil priorizar acção de segurança do paciente, a menos que seja explicada em termos de como contribui para o fortalecimento dos sistemas” (WHO, 2015).

A qualidade é conceituada como a medida em que os resultados dos cuidados de saúde recebidos por um indivíduo ou grupo, tem maior probabilidade de serem os desejados de acordo com o estado de arte e do conhecimento profissional (DGS, 2011). Para área de saúde, Donabedian sugeriu um modelo de avaliação de qualidade baseado em três domínios: estrutura, processos e resultados (Donabedian, 2005).

Na perspectiva de sistema de saúde, este pode ser considerado de baixa ou de alta qualidade. É de alta qualidade quando “... otimiza os cuidados de saúde em um determinado contexto, fornecendo consistentemente cuidados que melhoram ou mantêm os resultados de saúde, sendo valorizado e confiável por todas as pessoas e respondendo às mudanças nas necessidades da população” (Kruk et al., 2018).

Existem vários factores que contribuem para cuidados de saúde de qualidade inadequada. O instituto de medicina dos EUA destaca quatro factores, que influenciam-se entre si, a saber (Institute of Medicine, 2001):

1. Crescimento da complexidade da ciência e tecnologia,
2. Aumento de condições de saúde crónicas,

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

3. A fraca organização da prestação de cuidados de saúde e,
4. As restrições na exploração da revolução das tecnologias de comunicação.

A mitigação destes factores demanda uma governança em qualidade que inclui vários elementos como (Kruk et al., 2018):

- a) Adopção de uma política e estratégia nacional de qualidade,
- b) Melhoria da capacidade de gestão em todos os níveis do sistema de saúde,
- c) Fortalecimento da regulamentação e a responsabilização,
- d) Assim como o uso adequado de dados para aprendizagem dentro do sistema

Para uma mudança profunda na estrutura e funcionamento da prestação dos cuidados de saúde é importante ter metas de qualidade. Foram estabelecidas pelo Instituto de Medicina dos EUA, seis metas de qualidade (Institute of Medicine, 2001), que determinam que os cuidados de saúde devem ser:

1. Seguros,
2. Eficazes,
3. Centrados no paciente,
4. Oportunos,
5. Eficientes e
6. Equitativos.

Nesta perspectiva, defende-se que o paciente deve usufruir de cuidados fundamentados na abordagem de sistema, no aprendizado baseado em práticas de medicina baseadas em evidências (Institute of Medicine, 2001).

Existem acções que ajudam a tornar a qualidade em saúde um facto. A acreditação de uma organização prestadora de cuidados de saúde, é uma das acções que tornam a qualidade um facto dentro das organizações, na busca da melhoria contínua associado ao *marketing* organizacional e a ganhos financeiros (Souza & Mendes, 2019).

A acreditação nas organizações é definida pela *Joint Comission International* como “o processo de obtenção, verificação e avaliação das qualificações de um prestador de cuidados de saúde para exercer funções numa ou para uma organização de saúde. Culmina com evidência

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

documentada de habilitação, educação, formação, experiência ou outras qualificações”(Joint Commission Resources, 2005).

A avaliação e a acreditação perseguem a melhoria contínua da qualidade (MCQ). Portela descreveu alguns princípios que norteiam a MCQ (Portela, 2000):

- 1) Desvio do foco em indivíduos como causas de deficiência na qualidade para enfoque nos processos e sistemas organizacionais;
- 2) Aplicar solução de problemas baseada em análise de dados estatísticos;
- 3) A composição de grupos de trabalho de forma multiprofissional;
- 4) O empoderamento dos funcionários da organização na identificação de problemas e de oportunidades para a melhoria dos cuidados, permitindo-lhes a tomada de decisões necessárias.

Programas de avaliação externa em áreas de saúde continuam sendo uma estratégia importante para revisão e promoção de padrões de qualidade e segurança para melhorar o desempenho de organizações. São disponibilizados por agências que actuam seja como órgão público ou privado, a nível local dentro de países, com ou sem ligações internacionais (Greenfield et al., 2021).

Apesar de não serem encontradas evidências conclusivas sobre um efeito causal, a implementação da acreditação estimula a melhora do desempenho em segurança do paciente, segundo uma revisão sistemática sobre o impacto da acreditação hospitalar na qualidade dos cuidados de saúde. O estudo recomenda o incentivo e a modernização da acreditação, com vista a sua institucionalização e alcance da sustentabilidade dos ganhos em desempenho (Hussein et al., 2021).

5.3 Cultura de segurança

A “cultura” constitui um conjunto de atitudes, crenças e formas de comportar-se adoptadas por indivíduos inseridos em grupos. Quando uma organização tem boa cultura, todos colocam a saúde e a segurança como prioridade (TSO, 1999).

O acidente nuclear de Chernobyl, ocorrido em abril de 1986, é apontado como um dos eventos que deu grande visibilidade ao conceito de “cultura de segurança” após a detecção de várias falhas de segurança. O processo de detecção destas falhas, tornou o desastre uma referência para segurança nos cuidados de saúde, assim como é a segurança na aviação (Souza & Mendes, 2019).

Segundo a *Health and Safety Culture* do Comitê Consultivo para a Segurança de Instalações Nucleares, a cultura de segurança de uma organização “é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam a compromisso, o estilo e proficiência da saúde e gestão da segurança. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações fundadas na confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas.” (TSO, 1999).

No plano de acção global para segurança do paciente 2021-2030, “incutir uma cultura de segurança na concepção e prestação de cuidados de saúde” é um dos sete princípios pilares que guia da implementação do plano (WHO, 2017, pp. 10-12):

1. Envolver pacientes e familiares como parceiros em cuidados seguros;
2. Alcançar resultados por meio do trabalho colaborativo;
3. Analisar e compartilhar dados para gerar aprendizagem;
4. Traduzir as evidências em práticas e melhorias mensuráveis;
5. Basear políticas e acções na natureza do cuidado;
6. Usar conhecimento científico e experiência do paciente para melhorar a segurança;
7. *Incutir uma cultura de segurança na concepção e na prestação de cuidados de saúde.*¹

A cultura associada a processos e estruturas orientadas para prevenção de falhas sistêmicas e melhoria da segurança e qualidade, gera como produto a melhoria do sistema de prestação de cuidados. Melhoria do sistema: o resultado ou produto da cultura, processos e estruturas que são

¹ Grifo do autor

dirigidos à prevenção das falhas do sistema e melhoria da segurança e qualidade (DGS, 2011). Famolaro e seus colaboradores, propõem um esquema ilustrativo da definição da cultura de segurança do paciente, como mostrado na figura 2.



Figura 2 Esquema ilustrativo da definição da cultura de segurança do paciente na tradução do autor (Famolaro et al., 2018, p.3)

As características de uma cultura de segurança fortalecida incluem (WHO, 2017; Souza & Mendes, 2019):

- Valorização do trabalho em equipa;
- Compromisso dos líderes da organização aos desafios de garantir uma assistência segura;
- Postura proactiva dos líderes na ocorrência de erros, baseada em comunicação interprofissional aberta e o incentivo a notificação/ relato de incidentes de segurança, com consequente aprendizado e melhoria contínua.

Uma cultura de segurança e de qualidade fraca possibilita mais falhas no processo de prestação de cuidados de saúde, assim como as equipas de liderança desinteressadas enfraquecem mais a

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

capacidade das instituições de prestar cuidados seguros (WHO, 2017). Considerando que um dos ganhos de uma boa cultura de segurança, é o ambiente favorável para notificação voluntária de eventos, pesquisadores da *Health Quality Ontario* identificaram vários problemas que podem constituir uma barreira para reportar problemas relacionados a segurança do paciente ou trabalhar na prevenção destes (Ontario, 2017, p.15):

- Medo de ser culpabilizado;
- Medo de ser punido pela quebra de leis;
- Medo de que o reporte dos problemas não contribua para melhor desempenho na segurança do paciente;
- Falta de apoio da organização, de retro informação e de conhecimento sobre os sistemas de notificação;
- Falta ou ausência de protocolos claros sobre quais erros deveriam ser notificados;

Uma cultura justa gera equilíbrio entre uma cultura de não culpabilização, a punição e a cultura de responsabilização. Igualmente, deixa claro a diferença entre o erro humano, que seria um deslize, e um comportamento de risco ou imprudente, um afastamento do polo de não culpabilidade absoluta defendida por uns (Souza & Mendes, 2019).

É importante destacar que a cultura de segurança e o clima de segurança são comumente utilizados como sinónimos (Colla, 2005). Contudo, outros autores distinguem os dois termos, equiparando a cultura a parte de um *iceberg*, que está abaixo da superfície, de difícil mensuração, mas com forte impacto sobre a segurança de todo um sistema, enquanto o clima é a parte visível da cultura organizacional facilmente mensurável (Santiago & Turrini, 2015).

A *Health Foundation* descreve o clima de segurança como o subconjunto da cultura evidenciado pelas atitudes da equipa com relação a segurança do paciente na organização. A cultura de segurança é considerada a forma como a segurança do paciente é pensada e implementada, associada as estruturas e processos de suporte a mesma (Health Foundation, 2011).

5.4 Avaliação da cultura de segurança do doente

Medir é essencial para promover melhoria, responsabilidade e prestação de contas, embora métricas utilizadas possam não captar o que mais importa para satisfazer necessidades das

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

pessoas (Kruk et al., 2018). Um dos primeiros passos para influenciar uma cultura é avaliar a cultura. Após este passo segue-se a priorização de aspectos para mudança e posterior definição de acções de mudança, culminando com sua verificação, revisão e retoma do ciclo (TSO, 1999).

A cultura de qualidade e segurança do paciente demanda uma avaliação rigorosa dos resultados. Existem várias ferramentas de colecta de dados e de suporte à decisão para auxiliar na avaliação da qualidade e na melhoria do desempenho (MacGillivray, 2020).

Estudos e pesquisas são necessários para estimular a cultura de segurança, acompanhados de intervenções que visam socializar o tema nas equipas de trabalho para fortalecer a compreensão de cada um dos membros sobre a relevância cultura de segurança (Oliveira, 2012). Para avaliar a cultura de segurança do doente em unidades de cuidados de saúde há várias ferramentas disponíveis. A *Health Foundation* mencionou há mais de uma década, cinco ferramentas bastante conhecidas que foram objecto de testes rigorosos (Health Foundation, 2011):

1. *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*
2. *Patient Safety Culture in Healthcare Organizations (PSCHO)*
3. *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*
4. *Safety Climate Survey (SCS)*
5. *Manchester Patient Safety Assessment Framework (MPSAF)*

Destas ferramentas, são consideradas as mais utilizadas, o SAQ e o HSOPSC que apresentam amplo poder comparativo e evidências relevantes, quantitativa e qualitativamente (Health Foundation, 2011; Westat et al., 2021). As primeiras versões do HSOPSC em português construídas através do método de adaptação transcultural, foram em 2011 no português europeu (Eiras, 2011) e em 2012 no português brasileiro (Reis, Laguardia & Martins, 2012), ambos produtos da versão original inglesa 1.0.

Para este estudo utilizou-se a versão de português europeu, considerando a mais forte influência linguística desta língua entre moçambicanos em comparação com o português brasileiro.

Trata-se de um questionário desenvolvido pela *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) cujas respostas são na base de autopreenchimento, constituído por 42 itens de avaliação distribuídos em 12 dimensões da segurança do doente, das quais sete ligadas a unidade ou sector,

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

três ao hospital e duas que são variáveis de resultados como demonstrado na tabela 1 e organizados por secções de A à F, sendo que a F corresponde a dados sociodemográficos (Eiras, 2011).

Tabela 1 Grupos de dimensões da cultura de segurança do doente

Grupo	Dimensões (entre parêntesis o número de itens por dimensões)
Dimensões ao nível da Unidade – 7 ítems	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabalho em equipa (4: A1, A3, A4 e A11) 2. Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente (4: B1 a B4) 3. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua (3: A6, A9 e A13) 4. Feedback e Comunicação acerca do erro (3: C1, C3 e C5) 5. Abertura na comunicação (3: C2, C4 e C6) 6. Dotação de profissionais (4: A2, A5, A7 e A14) 7. Resposta ao erro não punitiva (3: A8, A12 e A16)
Dimensões ao nível do Hospital – 3 ítems	<ol style="list-style-type: none"> 8. Apoio à segurança do doente pela gestão (3: F1, F8 e F9) 9. Trabalho entre as unidades (4: F2R, F4, F6R e F12) 10. Transições (4: F3, F5, F7 e F11)
Variáveis de resultados – 2 ítems	<ol style="list-style-type: none"> 11. Percepções gerais sobre a segurança do doente (4: A10, A15, A17 e A18) 12. Frequência e número de notificações de eventos (3: D1 a D3)

Fonte: (Eiras, 2011)

Com vista a preservar as propriedades psicométricas e a otimizar a comparação de resultados entre diversas instituições, não são permitidas modificações (Westat et al., 2021), excepto:

- a) Questionários suplementares devidamente validados pela AHRQ que devem estar antes da secção H referente a dados sociodemográficos;
- b) Itens da secção H referentes a dados sociodemográficos.

6. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Um dos conceitos centrais da segurança do doente é evitar prováveis erros. Considerando que segundo a OMS a segurança do paciente é “uma estrutura de actividades organizadas que criam culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes em cuidados de saúde, que visam reduzir os riscos de forma consistente e sustentável, reduzir a ocorrência de danos evitáveis, tornar os erros menos prováveis e reduzir o impacto do dano quando ele ocorre” (WHO, 2021, p.7), o enquadramento conceptual pode focar nos modelos explicativos do erro, como um quadro conceptual.

A compreensão dos erros vem sendo estudada há várias décadas, existindo várias teorias explicativas no mundo da aviação, da indústria e da saúde. Uma das teorias utilizadas é a teoria formulada pelo inglês James Reason, um pesquisador na área de psicologia cognitiva que procurou entender os mecanismos do comportamento humano na ocorrência do erro, produzindo o modelo de queijo suíço (Fig 3), uma abordagem sistêmica do erro humano ou factor humano, onde as camadas constituem barreiras (Nascimento, 2019).

Além da abordagem sistêmica, o Reason propõe uma abordagem individual cujo enfoque está nos actos inseguros dos trabalhadores na ponta do sistema, que geralmente são violações de procedimentos influenciadas por padrões mentais indesejados com falhas na memória, na atenção e na concentração, assim como o descuido, fraca motivação, negligência e imprudência (Nascimento, 2019). Reason apresenta a relação entre os tipos de erros e duas espécies de falhas: falhas de execução em acções de intenção desejada, que podem ser lapsos ou deslizes; e falhas ainda na planificação das acções intencionadas, que são os enganos (Nascimento, 2019).

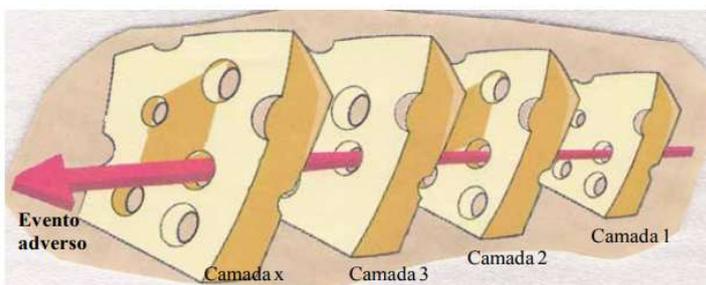


Figura 3 Modelo de queijo suíço do Reason (2000) para explicação do erro (BRASIL, 2014 p.17)

Os buracos ou problemas constituem fragilidades que podem advir da estrutura ou processos atinentes aos serviços de saúde ou podem advir de processos mentais, factores ambientais (barulho, agitação, calor e estímulos visuais), aspectos fisiológicos (sono, sobrecarga de trabalho e doenças) ou psicológicos (tédio, frustração, ansiedade e estresse). Podem advir também de condições de trabalho na organização (Gomes et al., 2016).

Estes buracos podem ser categorizados em dois grupos de falhas: activas e latentes. As activas são inerentes às pessoas como seres humanos e as latentes ao sistema onde as pessoas estão inseridas. A combinação destes dois grupos de falhas é que resulta no erro e o mais recomendado nos modelos teóricos do erro humano é a priorização de intervenções que recaem sobre as falhas latentes, como a forma mais efectiva de prevenir danos (Correa & Júnior, 2007).

Um exemplo de barreira é o engajamento de familiares e pacientes no processo de assistência a saúde, sobre a qual evidências indicam que está entre as abordagens com potencial de eficácia na melhoria da segurança do paciente. Envolvimento de pacientes e familiares como parceiros em cuidados seguros é também um dos princípios do plano de acção global para segurança do paciente (WHO, 2017). A figura 3 demonstra a representação do excerto de um quadro conceptual de resultados do engajamento de pacientes e familiares (Park & Giap, 2020 p.4).

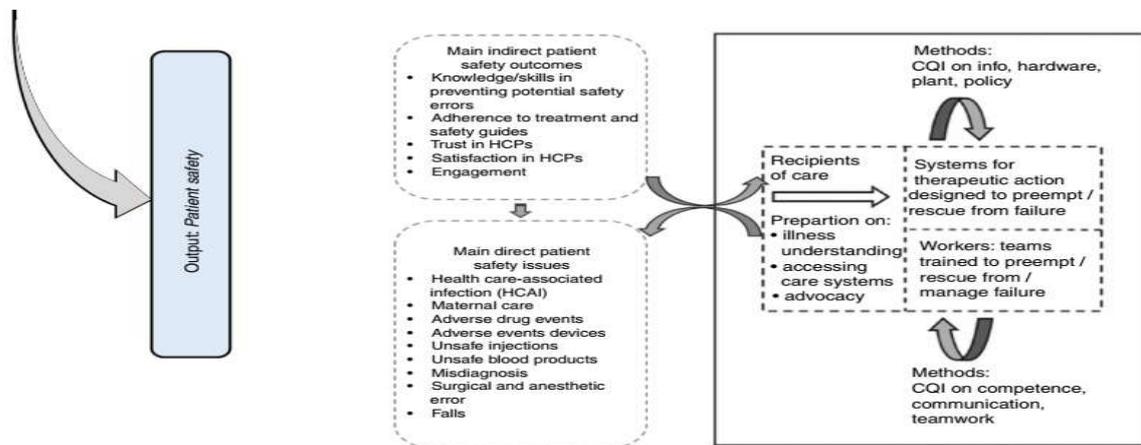


Figura 4 Excerto de quadro conceptual da eficácia do engajamento de pacientes e familiares na melhoria da segurança do paciente (Park & Giap, 2020 p.4)

6.1 Conceitos utilizados no estudo

A descrição do que cada dimensão avalia, pode ser resumida da seguinte forma (Famolaro et al., 2018 p.4) :

- a) *Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente*: 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.
- b) *Aprendizagem organizacional e melhoria contínua*: avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que leva a mudanças positivas e avalia a efetividade das mudanças ocorridas.
- c) *Trabalho em equipa dentro das unidades*: define se os funcionários apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipa.
- d) *Abertura na comunicação*: avalia se os funcionários do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afectar o paciente e se eles sentem-se livres para questionar os funcionários com maior autoridade.
- e) *Feedback e comunicação acerca do erro*: avalia a percepção dos funcionários no hospital se eles notificam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias para evitar erros no futuro.
- f) *Resposta ao erro não punitiva*: avalia como os funcionários se sentem com relação aos seus erros, se eles pensam que os erros cometidos por eles possam ser usados contra eles e mantidos em seus processos individuais.
- g) *Dotação 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.
- h) *Apoio à segurança do doente pela gestão*: 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.
- i) *Trabalho em equipa 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.

- j) *Transições ou entregas de serviço/turno e transferências internas*: avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes são transferidas através das unidades do hospital e durante as mudanças de turno.
- k) *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.
- l) *Frequência e número de eventos notificados*: relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetassem o paciente.

7. MATERIAL E MÉTODOS

7.1 Desenho de estudo

Foi realizado um estudo observacional, descritivo, transversal e exploratório. Os estudos observacionais não envolvem qualquer tipo de intervenção, limitando-se a observar apenas um grupo ou fenómeno (Martinez, 2015).

A pesquisa descritiva busca descrever as características de determinada população ou fenómeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis (Kauark, Medeiros & Manhães, 2010). Neste caso, o fenómeno e a população de estudo são a cultura de segurança do paciente e os trabalhadores de saúde, respectivamente.

Estudos transversais recolhem aos dados do que ocorre no momento da pesquisa sem visão retrospectiva nem acompanhamento no futuro (Katz, 2006). A abordagem quantitativa de um estudo centra-se na tradução em números, das opiniões e informações colectadas, em consequência dos processos de classificação e análise (Prodanov & Freitas, 2013).

9.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital Geral da Machava, pertencente ao Serviço Nacional de Saúde na província de Maputo, abrangendo todas as unidades orgânicas. De acordo com o relatório anual do Hospital Geral da Machava(HGM, 2023) , existiam:

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

- 3 Enfermarias de fisiologia para tuberculose sensível a anti-tuberculostáticos e 2 Centros de Excelência especializados, sendo 1 para tuberculose resistente (MR) e 1 Pediátrico.
- Contava com 332 funcionários no activo, dos quais 146 eram do sexo masculino e 186 do sexo feminino. Por outro lado, 171 trabalhadores eram do regime específico da saúde e 161 do regime geral. De salientar que do total dos funcionários, 40 eram contratados pela Fundação Ariel, um parceiro do tipo Organização Não Governamental.
- O Hospital possuía 1 bloco principal e 4 anexos: o bloco principal com 6 pisos, onde no primeiro piso funcionavam os serviços administrativos, cozinha, farmácia, armazéns de material médico cirúrgico, armazém de géneros alimentícios, radiologia e laboratório e os restantes 5 pisos para internamento de tuberculose totalizando 6 com o sector administrativo; um edifício anexo ao bloco principal com 2 pisos, o 2º piso funciona para internamento de pediatria e o 1º com outros serviços, nomeadamente oftalmologia, medicina física e reabilitação, psicologia clínica e psiquiatria e TARV avançado.
- Blocos anexos onde funcionavam os serviços de: morgue, esterilização, lavandaria, aprovisionamento, núcleo de pequenas obras, acção social, estatística e planificação, laboratório de baciloscopia, biologia molecular e instituto de investigação de tuberculose, que pertencia ao Instituto Nacional de Saúde (INS) e o bloco onde funcionava o serviço de consultas externas.

A unidade sanitária tinha uma capacidade instalada de 260 camas, mas contava com 198 camas disponíveis devido ao encerramento de duas enfermarias por estas estarem degradadas. As camas estavam distribuídas em 3 enfermarias para tuberculose sensível com 52 camas cada, 1 centro de excelência para tuberculose resistente (MR) com capacidade de 20 camas e em anexo ao bloco principal que contemplava serviço de internamento para tuberculose pediátrica com 22 camas e consultas externas.

O Hospital Geral da Machava durante os 12 meses de 2022 internou 1377 pacientes dos quais 1290 entrados classificados como caso novo, 15 reingresso e 72 transitados do ano passado. A taxa de ocupação de camas foi de 31.5%, e o tempo médio de permanência foi de

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

aproximadamente 20 dias, sendo que a hospitalização prolongada foi devido ao tipo de patologias e comorbilidades associadas à tuberculose. Assim, por exemplo, os casos de MR/XR tinham uma média de internamento de 25 dias e os pacientes em que se excluiu o diagnóstico de tuberculose poderiam permanecer em média 4 dias, com posterior transferência ou alta. A taxa de mortalidade variou entre 27 e 33 %.

7.3 Período do estudo

O estudo teve a duração de cinco meses, contados a partir da aprovação administrativa, sendo de fevereiro a julho de 2024. A recolha de dados foi realizada entre abril e maio de 2024.

7.4 População do estudo

7.4.1 Seleção dos participantes, amostra e amostragem

O grupo-alvo desta pesquisa foram todos os trabalhadores de saúde do hospital em estudo. Após o censo, todo o universo da população de estudo presente era elegível, que correspondia a um total de 300 funcionários que integravam toda a equipa do hospital. Segundo a recomendação da AHRQ, em uma população abaixo de 500 pessoas deve-se fazer um censo e procurar incluir todo o universo no estudo/inquérito assumindo também a possibilidade de uma taxa média de respostas de cerca de 50% e um intervalo de confiança de +/- 5% (Westat et al., 2021).

7.4.2 Critérios de inclusão e de exclusão

Foram incluídos todos os trabalhadores de saúde pertencentes ao quadro de pessoal da unidade sanitária, presentes no local do estudo durante o período de recolha de dados. Foram excluídos todos os trabalhadores de saúde que estavam na condição de supervisores externos de estágio ou eram estudantes estagiários (por não serem do quadro do hospital).

7.5 Procedimentos, técnicas, e instrumentos de recolha de dados

Os dados foram recolhidos através de aplicação de um inquérito designado como *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), impresso em papel auto-preenchível, integrando 42 itens, distribuídos em 12 dimensões. Este instrumento foi desenvolvido e validado pela *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) dos EUA (Westat et al., 2021).

A versão utilizada para o presente estudo foi traduzida e validada em português num estudo realizado em Portugal (Eiras, 2011). O instrumento não foi aferido anteriormente em Moçambique.

A avaliação dos itens do questionário por parte dos participantes foi feita na escala de *Likert*. Esta escala é graduada em cinco opções de respostas, de 1 (discordo fortemente ou nunca) a 5 (concordo fortemente ou sempre). As únicas adaptações específicas para o presente estudo feitas neste questionário, foram as permitidas pela AHRQ:

- Modificação: unidades/áreas de trabalho e cargos de equipa de acordo com a nomenclatura utilizada no contexto de Moçambique
- Por lapso, não foi acrescentada no final do questionário, um item referente a questão “dirige ou chefia ou supervisiona algum departamento, área, sector ou serviço no hospital” com duas possibilidades de resposta, de sim ou não.

Os participantes do estudo tiveram 7 dias para devolverem os questionários, prorrogados por mais sete dias após uma acção de sensibilização para aumentar a taxa de resposta, considerando o contexto de ocorrência de greve. A prorrogação possibilitou o aumento da taxa de resposta.

7.6 Gestão e análise de dados

Os dados foram compilados em uma base de dados do pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Science*). Este programa possibilitou a análise descritiva, construção de gráficos e identificação de possíveis associações entre variáveis de interesse para os objectivos deste estudo.

Os dados foram introduzidos na base via dupla entrada por meio de dois digitadores diferentes, após uma numeração dos questionários. No confronto das bases foram corrigidas as divergências encontradas, através da verificação dos questionários em causa. A parte dos comentários foi categorizada em categorias de acordo com as unidades de registo identificadas.

Os questionários preenchidos e recebidos pelo investigador foram analisados para afastar situações que determinariam sua exclusão de acordo com critérios sugeridos pela AHRQ:

- a) Resposta de menos da metade dos itens;
- b) Existência de respostas idênticas em todos os itens de uma de qualquer das 12 dimensões;

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

- c) Ter respondido apenas a secção de dados sociodemográficos e,
- d) Se o respondente tivesse menos de seis meses de serviço ou não fosse parte do quadro de pessoal efectivo do hospital (estagiário ou supervisor externo de estagiários).

Na discussão, foi feita uma comparação com resultados obtidos em outros estudos similares ou com abordagens afins, para efeitos de triangulação. Esta triangulação permitiu destacar oportunidades de melhoria e pontos fortes da cultura de segurança de paciente no hospital em estudo.

Variáveis são conceituadas como tudo o que pode assumir diferentes valores, aspectos ou categorias de acordo com o contexto (Gil, 2008). Markoni e Lakatos também definem variável como qualquer conceito operacional que pode assumir valores que como exemplos podem ser quantidades, qualidades, características, magnitudes, traços (Marconi & Lakatos, 2003).

As variáveis foram distribuídas em quatro categorias:

- i. Variáveis sociodemográficas: 1 - Histórico de resposta ao questionário; 2 - Identificação do serviço/unidade onde trabalha; 3 - Profissão; 4 - Experiência no serviço/Unidade; 5 - Experiência no hospital; 6 - Idade; 7 - Sexo; 8 - Consciência sobre a situação de acreditação do hospital onde trabalha;
- ii. Variáveis da cultura de segurança em unidades/sectores hospitalares: 1- Trabalho em equipa dentro das unidades; 2 - Expectativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente; 3 - Aprendizagem organizacional; 4 – Melhoria contínua; 5 - Feedback e comunicação sobre o erro; 6 - Abertura na comunicação; 10 - Dotação de profissionais e 12 - Resposta ao erro não punitiva.
- iii. Variáveis da cultura de segurança na instituição: 1 - Apoio à segurança do doente pela gestão; 2 – Trabalho em equipa entre unidades; 3 – Transferências e transições hospitalares.
- iv. Variáveis de resultados: 1 - Percepções gerais sobre a segurança do doente; 2 - Frequência na notificação de eventos; 3 - Número ocorrências notificadas e 4 - Grau de segurança do doente.

8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma das limitações do estudo foi a não inclusão de uma componente qualitativa na abordagem metodológica, uma vez que isso possibilitaria a compreensão de aspectos subjectivos do fenómeno de estudo a partir de entrevistas de profundidade. A não realização da componente qualitativa deveu-se a limitações de tempo disponível para o presente estudo.

Contudo, o questionário tinha um item que exigia resposta com acréscimo de comentário que o respondente poderia considerar oportuno desenvolver quanto à segurança do doente, erros ou sistemas de notificação do seu hospital. Ou seja, foi dada a possibilidade ao participante de falar mais sobre o assunto através da abertura colocada nessa pergunta.

A não obtenção de dados sobre as características sociodemográficas dos indivíduos que recusaram participar do estudo e/ou que não devolveram um questionário devidamente preenchido constituiu outra limitação. Assim, não foi possível aferir se a participação desse grupo poderia ou não ter alterado sobremaneira os resultados deste estudo por serem eventualmente diferentes em termos características sociodemográficas com relação aos que participaram.

O tamanho da amostra, que também ficou reduzida na taxa de resposta, gerou a dispersão da amostra nas diferentes categorias de variáveis sociodemográficas, com valores de n menores. Isso constituiu uma limitação para estabelecer associações e realizar comparações das dimensões da cultura de segurança do paciente de acordo com as características sociodemográficas.

A outra limitação relaciona-se com a validade externa uma vez que o hospital onde foi realizado o estudo tem especificidades próprias. Nesse caso, os resultados não podem ser generalizados para o contexto moçambicano mais amplo e muito menos para o contexto mais global.

No período de colecta de dados, nos últimos dias os trabalhadores de saúde entraram em greve. Essa ocorrência pode ter influenciado negativamente a taxa de resposta, embora esteja em padrão aceitável. Para fazer face, houve necessidade de prolongar o tempo de devolução dos questionários por mais dias.

9. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O protocolo foi aprovado pelo comité científico da UEM e pelo comité interinstitucional de bioética (Nº CIBS FM&HCM/078/2023). Após a aprovação ética, a sua implementação foi efectivada após a aprovação administrativa do Serviço Nacional de Saúde e de emissão das respectivas credenciais.

9.1 Riscos e Benefícios

9.1.1 Riscos

Não havia previsão de riscos para integridade física dos participantes neste estudo, embora se esperasse que pudessem vivenciar algum constrangimento ao perceberem lacunas no trabalho que desenvolvem com relação a aspectos da segurança do doente durante o processo de resposta ao questionário.

9.1.2 Benefícios

Os participantes não receberam algum incentivo material ou financeiro para participar no estudo.

9.2 Consentimento informado

Um termo de consentimento foi assinado pelos participantes, após obterem informações sobre a pesquisa e concordarem em participar.

9.3 Confidencialidade

Os participantes tiveram a garantia de confidencialidade e anonimato baseado em pressupostos da declaração de Helsínquia, durante o tratamento dos dados e previsto na divulgação dos resultados da pesquisa.

10. RESULTADOS

10.1 Sobre os participantes

Primeiramente, o projecto do estudo foi apresentado para a direcção do Hospital. Conforme demonstrado na figura 5, foram distribuídos 300 questionários para igual número de trabalhadores, com retorno em duas fases, a primeira após uma semana, por parte de apenas 87

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

trabalhadores.

Foi feita uma acção de sensibilização junto ao núcleo de estatística que englobava responsáveis de todos sectores do hospital, em um número de 31 participantes, sendo que na semana seguinte, não obstante a greve dos profissionais de saúde, mais trabalhadores devolveram questionários totalizando 154 participantes. Foram excluídos dois participantes por terem respondido abaixo da metade dos itens do questionário e outros 8 por serem trabalhadores relativamente novos no hospital e com menos de seis meses de serviço.

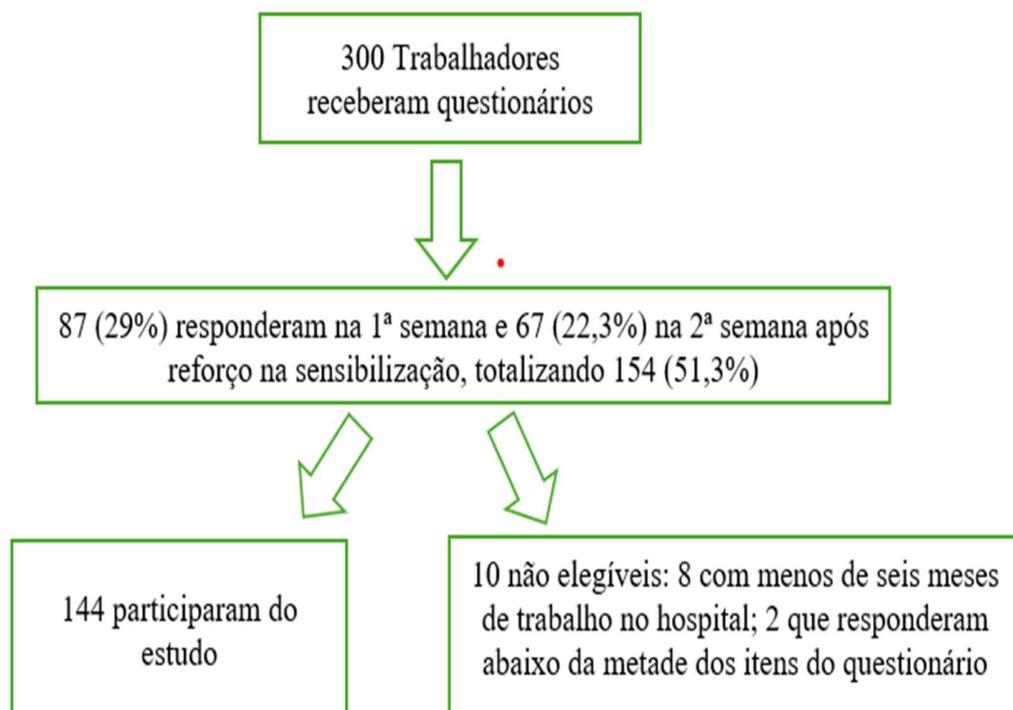


Figura 5 Fluxograma que sumariza a participação dos trabalhadores do Hospital Geral da Machava no estudo

10.2 Perfil sócio demográfico dos participantes

10.2.1 Sexo e idade

Conforme a tabela 2, os dados mostram que a maior parte eram mulheres, 51,4% (n=74), e predominaram participantes de até 39 anos de idade, 59,7% (n=86).

Tabela 2 Distribuição dos participantes por sexo e idade

Característica	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	74	51.4
	Masculino	44	30.6
	NR	26	18.1
	Total	144	100.0
Idade	<30 anos	29	20.1
	30 a 34 anos	36	25.0
	35 a 39 anos	21	14.6
	40 a 44 anos	12	8.3
	45 + anos	19	13.2
	NR	27	18.8
	Total	144	100.0

10.2.2 Histórico de preenchimento de questionário similar e percepção de o sector ter alguma certificação

A maior parte dos participantes referiu não ter antes respondido um questionário igual, assumindo ser a 1ª vez 67,4% (n=97). Cerca de 60,4% (n=87) participantes expressaram a percepção de que os sectores onde trabalhavam já tinham sido acreditados alguma vez, como mostra a tabela 3.

Tabela 3 Histórico de resposta ao questionário *HSOPSC*² e percepção sobre acreditação do serviço onde trabalham os participantes

Característica	Categoria	n	%
Alguma vez tinha respondido a este questionário	Sim	22	15.3
	Não	97	67.4
	NR	25	17.4
	Total	144	100.0
O serviço/ unidade onde trabalha é acreditado/ certificado?	Sim	87	60.4
	Não	22	15.3
	NR	35	24.3
	Total	144	100.0

² HSOPSC: *Hospital Survey On Patient Safety Culture* (Questionário para Cultura de Segurança do Paciente no Hospital)

10.2.3 Distribuição dos participantes por profissão

Os grupos mais representados como participantes do estudo foram os profissionais de Enfermagem na primeira posição, 32,6% (n=47), auxiliares de serviços na segunda posição 16% (n=23), seguidos de técnicos de laboratório e técnicos administrativos, como descrito na tabela 4.

Tabela 4 Ocupação dos participantes no Hospital Geral da Machava

Característica	Categoria	n	%
Profissão/ ocupação	Medicina	6	4.2
	Enfermagem	47	32.6
	Psicologia	1	0.7
	Nutrição	1	0.7
	Fisioterapia	0	0.0
	Técnico de oftalmologia	0	0.0
	Técnico de imagem	1	0.7
	Técnico de laboratório	10	6.9
	Técnico administrativo	11	7.6
	Auxiliar de serviços	23	16.0
	Outro	25	17.4
	NR	19	13.2
	Total	144	100.0

A taxa de resposta dos participantes foi maior entre os profissionais de Enfermagem (63,5%), seguido dos técnicos de laboratório (43,5%) e pelos médicos e auxiliares de serviço com 37,5% e 32% respectivamente, como mostra a figura 6.

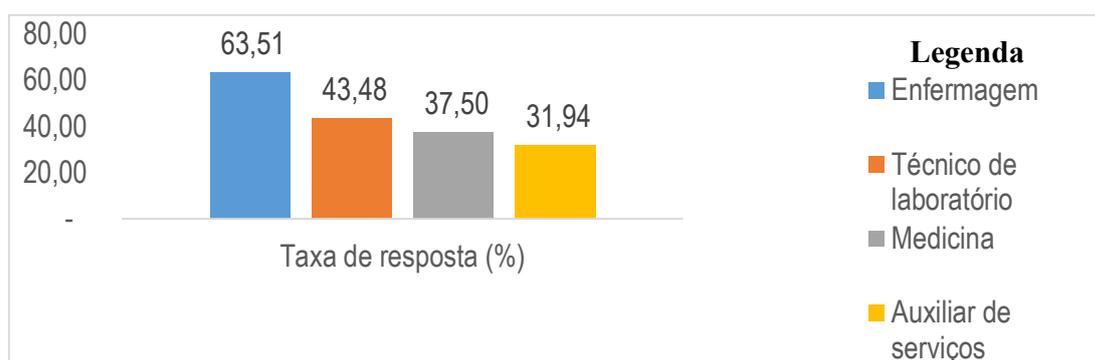


Figura 6 Quatro grupos profissionais com as maiores taxas de resposta

10.2.4 Sector de proveniência dos participantes

Os participantes reportaram como seu local de trabalho dentro do Hospital como sendo: as enfermarias (36,1%; n=52), as consultas externas (11,8%| n=17), a direcção e administração e finanças (10,5%; n=15) e o laboratório (7,6%; n=11), como mostra a tabela 5.

Tabela 5 Distribuição dos participantes por sector de trabalho

Característica	Categoria	n	%
Sector de trabalho	Direcção	6	4.2
	Administração e Finanças	8	5.6
	Recursos Humanos	1	0.7
	Enfermarias	52	36.1
	Consultas externas	17	11.8
	Farmácia	4	2.8
	Laboratório	11	7.6
	Raio X	1	0.7
	Cozinha e copa	2	1.4
	Lavandaria	3	2.1
	Recepção ou Arquivo	0	0.0
	Morgue	0	0.0
	Outro	10	6.9
	NR	29	20.1
Total		144	100.0

10.2.5 Anos de serviço no hospital e nível de formação académica

Mais de 78% (n=109) dos participantes afirmaram que tinham mais de um ano de serviço no hospital e 61,8% (n=89) tinha nível médio ou básico de formação académica, como descrito na tabela 6.

Tabela 6 Experiência de trabalho na instituição e nível de formação acadêmica dos participantes

Característica	Categoria	n	%
Experiência na instituição	<6 meses	0	0.0
	6 a 11 meses	8	5.6
	1 a 2 anos	17	11.8
	3 a 7 anos	44	30.6
	8 a 12 anos	18	12.5
	13 a 20 anos	20	13.9
	21 + anos	14	9.7
	NR	23	16.0
	Total	144	100.0
Nível de formação acadêmica	Licenciatura ou +	17	11.8
	Técnico Médio ou Básico	57	39.6
	Ensino Geral Médio ou Básico	32	22.2
	NR	38	26.4
	Total	144	100.0

10.3 Avaliação geral das dimensões

Conforme demonstram a figura 7 e a tabela 7, utilizando um corte de 55%, os participantes expressaram a percepção de cinco dimensões como pontos fortes do hospital, cerca de 41,7% e sete dimensões como pontos fracos, cerca de 58,3%. Em uma análise por itens, considerando um total de 41 itens para as 12 dimensões, 41,5% (n=17) destes tiveram pontuação abaixo de 55%.

Os participantes demonstraram uma percepção mais positiva na cultura de segurança em dimensões relacionadas ao hospital com uma média de 60,28%, seguido por dimensões a nível da unidade com média de 52,33%. A percepção sobre o nível de resultados teve a menor apreciação, com média de 47,8%.

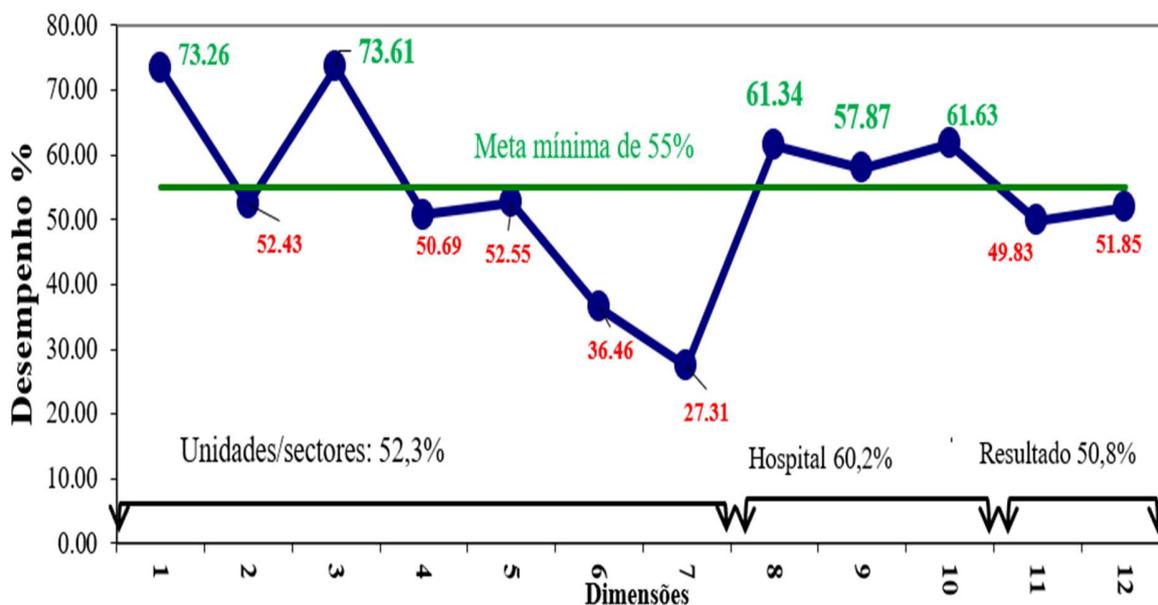


Figura 7 Análise comparativa das dimensões por nível

Tabela 7 Respostas positivas por dimensão e ordem decrescente

Dimensões	Desempenho %
3. Aprendizagem organizacional-Melhoria contínua	73.61
1. Trabalho em equipa	73.26
10. Transições	61.63
8. Apoio à segurança do doente pela gestão	61.34
9. Trabalho entre as unidades	57.87
5. Abertura na comunicação	52.55
2. Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente	52.43
12. Frequência e número de notificações de eventos	51.85
4. Feedback e comunicação acerca do erro	50.69
11. Percepções gerais sobre segurança do doente	49.83
6. Dotação de profissionais	36.46
7. Resposta ao erro não punitiva	27.31

Buscou-se identificar associações entre variáveis sociodemográficas e variáveis da cultura de segurança. Não existiram correlações entre as variáveis, devido a dispersão das respostas, que

não atenderam aos pressupostos de aplicação de teste de associação entre variáveis qualitativas como o qui – quadrado (Pestana & Gageiro, 2000).

10.3.1. Dimensões a nível da unidade ou sector

A média das dimensões do nível do sector foi acompanhada pela baixa proporção de participantes com percepção de níveis adequados de dotação de pessoal nas unidades, com 36,43%. Outra dimensão que influenciou negativamente é a proporção baixa de participantes, (27,31%) que deram nota positiva a percepção de resposta não punitiva ao erro.

A dimensão referente ao feedback e comunicação acerca do erro teve uma proporção de participantes com percepção positiva de 50,69%. Mesmo assim, na maior parte das dimensões com pontuação significativamente positiva, existiram questões para as quais baixa proporção de participantes apresentou percepção positiva tendo sido excepção as dimensões referentes ao “trabalho em equipa” e “aprendizagem organizacional/melhoria contínua”.

No que tange a dotação de pessoal, das quatro questões referentes a dimensão (A2, A5 A7 e A14), apenas A2 teve uma proporção significativa de participantes, 63,89% que referiu percepção positiva, como demonstra a tabela 8.

Tabela 8 Respostas positivas para as questões referentes a dimensão “Dotação de pessoal”

Questões da dimensão Dotação de pessoal	Frequência de respostas positivas %
A2 Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido	63.89
A5R Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados	29.86
A7 Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável	25.69
A14R Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa	26.39

Na dimensão “Resposta não punitiva ao erro” todas questões tiveram baixa proporção de respostas positivas como demonstrado na tabela 9.

Tabela 9 Respostas positivas para as questões referentes a dimensão “Resposta não punitiva ao erro”

Questões da dimensão Resposta não punitiva ao erro	Frequência de respostas positivas %
A8 Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles	36.81
A12 Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si	31.94
A16 Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal	13.19

Com relação a dimensão “feedback e comunicação acerca do erro” a resposta que influenciou negativamente foi a C1, para qual poucos participantes expressaram percepção positiva, apenas 25%, conforme demonstra a tabela 10.

Tabela 10 Respostas positivas para as questões referentes a dimensão feedback e comunicação acerca do erro

Questões da dimensão feedback e comunicação acerca do erro	Frequência de respostas positivas %
C1 É nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências	25.00
C3 Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço/unidade	61.11
C5 Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos	65.97

Na dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” evidenciou-se baixa proporção de participantes com percepção positiva para as questões B1 e B3 com 43,06% e 23,61% respectivamente, como mostra a tabela 11

Tabela 11 **Respostas positivas para as questões referentes a dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente”**

Questões da dimensão feedback e comunicação acerca do erro	Frequência de respostas positivas %
B1 O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos	43.06
B2 O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	77.08
B3R Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos	23.61
B4R O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente	65.97

Com relação a dimensão “abertura na comunicação”, evidenciou-se baixa proporção de participantes com percepção positiva com relação a questão C4, o que denota que maior parte não se sentia a vontade para questionar as decisões e acções dos seus superiores hierárquicos como mostra a tabela 12

Tabela 12 **Respostas positivas para as questões referentes a dimensão “abertura na comunicação”**

Questões da dimensão “abertura na comunicação”	Frequência de respostas positivas %
C2 Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afecta negativamente cuidados para com o doente	57.64
C4 Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e acções dos superiores hierárquicos	32.64
C6R Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo	67.36

10.3.2. Dimensões a nível do hospital

As médias das dimensões ligadas ao hospital apontaram para percepção positiva sobre o apoio à segurança do paciente pela gestão do hospital, bons níveis de trabalho entre as unidades e nas transições com 61,3%, 57,87% e 61,63% respectivamente. Na dimensão sobre o apoio a segurança do paciente pela chefia do hospital evidenciou-se baixa pontuação, 45,8%, na percepção positiva dos participantes com relação a questão F9, referente ao interesse na

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

segurança do doente pela direcção do hospital apenas quando acontece alguma adversidade, como mostra a tabela 13

Tabela 13 Respostas positivas para as questões referentes a dimensão “apoio a segurança do paciente pela chefia do hospital”

Questões da dimensão “apoio a segurança do paciente pela chefia do hospital”	Frequência de respostas positivas %
F1 A Direcção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente	69.44
F8 As ações da Direcção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades	68.75
F9R A Direcção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade	45.83

Ainda com relação ao hospital, na dimensão “trabalho entre as unidades” a questão F2 teve baixa pontuação o que reflecte em uma baixa proporção de participantes com percepção positiva, como mostra a tabela 14.

Tabela 14 Respostas positivas para as questões da dimensão “trabalho entre as unidades”

Questões da dimensão “trabalho entre as unidades/sectores”	Frequência de respostas positivas %
F2R Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros	47.92
F4 Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente	68.75
F6R É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do Hospital	56.94

Na dimensão “transições” apenas quase metade dos participantes, 51,39%, expressaram percepção positiva com relação a questão F7, com relação a problemas na troca de informações entre sectores, como mostra a tabela 15

Tabela 15 Respostas positivas para as questões da dimensão “transições”

Questões da dimensão “transições”	Frequência de respostas positivas %
F3R A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço/unidade para outro	63.19
F5R É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno	65.97
F7R Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários os Serviços/unidades do Hospita	51.39
F11R As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente	65.97

10.3.3. Dimensões a nível dos resultados

A média das dimensões do nível de resultados foi mais influenciada pelo baixo número de participantes com percepção geral positiva sobre a segurança do paciente, com 49,83% enquanto 51,85% dos participantes deram respostas positivas com relação a frequência e o número de notificações de eventos adversos. Na dimensão “percepções gerais sobre a segurança do doente” apenas a questão A15 foi objecto de maior proporção de participantes com percepção positiva, portanto, que negam que a segurança do doente seja sacrificada por haver mais trabalho, conforme mostra a tabela 16.

Tabela 16 Respostas positivas para as questões da dimensão “percepções gerais sobre a segurança do doente”

Questões da dimensão “percepções gerais sobre a segurança do doente”	Frequência de respostas positivas %
A10R É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço/unidade	34.72
A15 Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho	63.89
A17R Neste Serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente	49.31
A18 Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer	51.39

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

Na dimensão “frequência e número de notificações de eventos”, baixa proporção de participantes expressou percepção positiva sobre a notificação de eventos detectados e corrigidos antes de afectar os doentes, com 40,97%, proporção que aumentou para notificação de eventos ocorridos embora sem perigo potencial para o doente e os eventos que poderiam causar dano, mas não causaram, com 55,9% e 59% respectivamente como mostra a tabela 17.

Tabela 17 **Respostas positivas para as questões da dimensão “frequência e número de notificações de eventos”**

Questões da dimensão “percepções gerais sobre a segurança do doente”	Frequência de respostas positivas %
D1 Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detectado e corrigido antes de afectar o doente, com que frequência é notificado?	40.97
D2 Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?	55.56
D3 Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?	59.03

O número de participantes que nos últimos 12 meses não preencheu nem entregou algum relatório é acima da metade, correspondente a 54,9%, como mostra o gráfico abaixo.

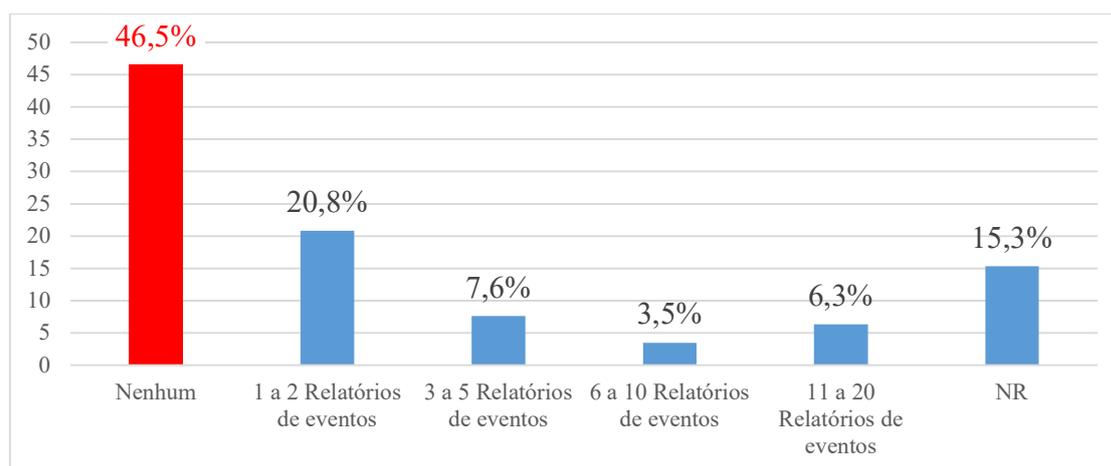


Figura 8 **Proporção de participantes que notificou eventos adversos**

12.4 Comentários dos participantes

Dos 144 participantes, 75% (n=108) não efectuaram algum comentário ou fizeram comentário ilegível (n=4). Entre os 36 participantes que efectuaram comentários legíveis, pela análise do conteúdo das respostas a partir das unidades de registo, foram definidas cinco categorias, descritas na tabela 18, onde a maior parte dos comentários enquadrou-se na categoria de “mais recursos para segurança doente” 44,4%:

Tabela 18 **Categorias e conteúdos dos comentários**

Categorias	n (%)	Conteúdos enfatizados
Mais recursos para segurança do doente	16 (44.4)	Reforço de pessoal e remunerações extras devidas (2); Infraestrutura (5) inclui sobre redes e vidros nas janelas, elevadores funcionais/ carrinhas de rodas, gases medicinais canalizados, casas de banho e sistema de esgoto; Alimentação do doente (4); medicamentos e material médico cirúrgico (2);
Louvor, agradecimentos e expectativa de mudança	11(30.6)	Agradecimento e Expectativa de mudança (2); louvor (9)
Mais capacitação para segurança do doente	5(13.9)	Formações e capacitações sobre segurança do doente
Outros	4(11.1)	Prevenção de cobranças ilícitas (1), reforço do controle interno para segurança do doente (1) e sobre preferências de escala de resposta no questionário (2)

11. DISCUSSÃO

Um dos primeiros passos para influenciar uma cultura é avaliar a cultura, para identificar oportunidades de mudança e melhoria. Após este passo segue-se a priorização de aspectos para

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

mudança e posterior definição de acções de mudança, culminando com sua verificação, revisão e retoma do ciclo (TSO, 1999).

O resultado de avaliação da cultura de segurança do paciente pode fornecer subsídios para o desenho e implementação eficaz de políticas organizacionais de qualidade, a partir da identificação e priorização de áreas com mais lacunas. Esse exercício culmina em práticas mais seguras com inclusão e valorização dos diversos actores hospitalares, entre gestores, provedores e utentes (Costa et al., 2018a).

Foi obtida uma boa taxa de resposta ao questionário (51,3%, n=154), considerando a média de 50% esperada. Uma base de dados de avaliação em 630 hospitais dos Estados Unidos da América reportou uma média de 54% de taxa de resposta no ano de 2018, considerando uma aplicação mista de questionários, de forma impressa e de forma online, dado que quando o questionário é aplicado em formulários impressos a média tende a ser superior a 60% (Sorra et al., 2007; Famolaro et al., 2018)

A destacada presença feminina entre os trabalhadores de saúde é encontrada nesta pesquisa. Para além de constituírem o maior número de participantes, proporcionalmente demonstraram uma maior taxa de adesão como respondentes, 39% em comparação com 30% dos homens, baseado no perfil de sexo da população de estudo.

Não foi encontrada associação significativa entre o sexo e as percepções da segurança do doente nas dimensões. Este achado é corroborado por uma pesquisa sobre a influência do género nas percepções sobre a segurança do paciente (Gambashidze et al., 2021). Igualmente não foram encontradas associações entre as percepções dos trabalhadores sobre a segurança do paciente e demais características sociodemográficas como, categoria profissional ou sector de trabalho.

A participação de todos grupos de trabalhadores do hospital, nas suas diversas categorias profissionais, entre profissionais de áreas clínicas e de áreas administrativas, concorre para tornar os resultados sobre a situação de cultura de segurança do paciente no hospital, mais fidedignos e representativos (Costa et al., 2018a). Esta diversidade carrega consigo variações nas percepções entre os grupos, que podem ser úteis na planificação de intervenções efectivas

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

para grupos específicos que dariam um contributo adicional na melhoria da cultura organizacional e da segurança do paciente em geral (Gambashidze et al., 2021).

A força de trabalho de Enfermagem é maioritária nos sistemas de saúde e nos hospitais (WHO, 2020). Neste estudo esta força foi representada por cerca de 1/3 dos participantes o que corrobora com achados de outros inquéritos e aponta para a importância de investir neste grupo profissional para maiores ganhos na melhoria da segurança do paciente (Sorra et al., 2007; Famolaro et al., 2018).

Este grupo de profissionais destacou-se como grupo com a maior taxa de resposta, seguido de técnicos de laboratórios, de médicos e de auxiliares de serviço. Em um estudo limitado aos profissionais de Enfermagem de um hospital, foi alcançada uma taxa de resposta de 100% (Costa et al., 2018b).

A avaliação global das respostas sobre a segurança do paciente entre os participantes é positiva para pouco menos da metade das dimensões e dos itens (43,8% e 41,5% respectivamente), abaixo da pontuação média positiva de 53,6% em todas as 12 dimensões estudadas. Na dimensão referente a percepção geral sobre a segurança do paciente, a maior parte concordou que “era apenas por sorte que erros mais graves não ocorriam no sector” e reconheceram a existência de problemas com a segurança do paciente.

Este panorama é indicativo de problema de qualidade, que tem como uma das importantes componentes a segurança do paciente. Isso tem influência conhecida nas taxas de mortalidade e significativo impacto financeiro, social e psicológico para doentes e trabalhadores (Costa et al., 2018a).

Ao comparar os resultados por cada uma das dimensões, com a média de resultados obtidos a partir de 382.834 respondentes de uma base de dados nos Estados Unidos da América no ano de 2018, notou-se que a cultura de segurança no HGM é percebida como relativamente melhor apenas na dimensão referente as transições do cuidado com 61,63% contra 43,8%. Ainda com base na mesma comparação, a cultura avaliada no HGM partilha duas fragilidades, as dimensões da resposta ao erro não punitiva e de dotação de profissionais com 27,3% e 36,46% contra 47% e 53% para HGM e Hospitais norte americanos respectivamente (Famolaro et al., 2018).

Tabela 19 Comparação das dimensões entre o HGM e hospitais da base de dados norte americana

Dimensões	% Desempenho no HGM (144 respondentes)	% Desempenho nos EUA (382,834 respondentes)
3. Aprendizagem organizacional-Melhoria contínua	73.61	80
1. Trabalho em equipa	73.26	82
10. Transições	61.63	48
8. Apoio à segurança do doente pela gestão	61.34	72
9. Trabalho entre as unidades	57.87	62
5. Abertura na comunicação	52.55	66
2. Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente	52.43	80
12. Frequência e número de notificações de eventos	51.85	67
4. Feedback e comunicação acerca do erro	50.69	69
11. Percepções gerais sobre segurança do doente	43.8	66
6. Dotação de profissionais	36.46	53
7. Resposta ao erro não punitiva	27.31	47

Fonte: Adaptado pelo autor

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

Entre as cinco dimensões que constituíam os pontos fortes da cultura de segurança do hospital houve itens com baixa pontuação, o que mostrou que apesar de resultados positivos em uma dimensão, é importante prestar atenção aos itens que tiveram um desvio maior da média no sentido negativo. Esta importância é corroborada pela perspectiva de melhoria contínua da qualidade distinguida da perspectiva de garantia de qualidade descritas por Portela, que critica a satisfação com padrões aceitáveis na primeira perspectiva em detrimento da busca contínua por padrões de excelência na segunda (Portela, 2000).

Há forte percepção de que sempre que existe pressão, os superiores hierárquicos querem que os subordinados trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos, notada na dimensão sobre “Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente”. Apesar da percepção de apoio a segurança do paciente pelo corpo gestor do hospital, os resultados evidenciaram a percepção de que a direcção do hospital ao olhar dos participantes parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade. Os trabalhadores apreciam palavras agradáveis por parte dos chefes em situações de bom desempenho, embora parte significativa relate faltar este tipo de gesto.

Este cenário somou-se a massiva percepção de que os erros dos participantes podiam ser utilizados contra eles e que quando um trabalhador notificava um evento adverso virava alvo em si, em detrimento do problema, associado a forte preocupação de as ocorrências serem registadas em processo individual, incluindo a falta de retroinformação sobre as acções desenvolvidas em resposta a eventos notificados. A OMS reconhece o compromisso das lideranças associado a transparência, a comunicação aberta e respeitosa, a aprendizagem com os erros e as melhores práticas assim como o equilíbrio entre uma política de não culpabilidade e a responsabilização como componentes indispensáveis da cultura de segurança (WHO, 2021).

É importante que os líderes trabalhem no sentido de promover um ambiente de trabalho positivo e coeso, o que gera confiança dentro da equipa e favorece o senso de segurança psicológica para os funcionários (Albright et al., 2020). Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações fundadas na confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas” (TSO, 1999).

A existência de apenas menos de 1/3 dos participantes que sentiam -se a vontade para questionar as decisões e acções dos seus superiores hierárquicos denotou a fraqueza de um dos parâmetros considerados importantes em uma cultura de segurança sólida, que é a disposição dos profissionais subordinados sentirem-se confortáveis em comunicar inadequações, que demanda o incentivo por parte dos líderes, através de uma abordagem transparente e não punitiva com relação a comunicação. O silêncio por medo de retaliação ou humilhação pode resultar da falta destes incentivos (Albright et al., 2020).

Por outro lado, a dotação de pessoal em níveis inadequados, é uma das percepções que os participantes expressaram, pelo trabalho por mais horas no turno em relação ao desejável na prestação de cuidados, trabalho em modo crise às pressas e a carência de profissionais temporários em casos de necessidade. A dotação segura é um desafio em muitos sistemas de saúde, cujo enfrentamento está posicionado entre acções estratégicas no plano de acção global para segurança do paciente (WHO, 2021). Por outro lado, a sobrecarga de trabalho, uma das consequências da dotação de pessoal inadequada, constitui um dos factores fisiológicos do erro humano que pode associar-se a factores psicológicos como estresse, ansiedade, frustração e tédio (Gomes et al., 2016).

A dimensão sobre as transições, apesar de uma avaliação geral positiva, em um dos itens ficou destacada a percepção de ocorrência frequente de problemas na troca de informação entre os vários os serviços/unidades do hospital. Deficientes transições do cuidado, traduzem ou reproduzem lacunas na comunicação tendo como consequência, falhas na segurança do paciente como erros de medicação, de marcação de sítio cirúrgico e até mortes, levando a cerca de 80% dos erros graves no sector de saúde(FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2023) .

Isso faz da melhoria da comunicação na assistência de saúde uma das metas de segurança de paciente, evidenciada em planos globais e locais, com várias ferramentas disponíveis e recomendadas (Pena et al., 2021; WHO, 2021). Outra ferramenta recomendada pela OMS e amplamente utilizada para elevar o desempenho organizacional nas transições do cuidado é o SBAR (*Situation-Background-Assessment-Recommendation*), que padroniza as etapas e conteúdos essenciais do processo, para reduzir falhas ligadas a comunicação na segurança do paciente (WHO & JCI, 2007; Pena et al., 2021).

Outro aspecto notável na percepção dos participantes foi a baixa notificação de eventos adversos principalmente os detectados e corrigidos antes de afectar o doente. Paralelamente, quase metade dos participantes não tinha notificado nem um evento adverso nos últimos 12 meses. A cultura punitiva tem sido associada a subnotificação de eventos adversos por omissão pelos profissionais e constitui um entrave para identificação de problemas, sua análise, prevenção e mitigação (Lopes de Figueiredo & D’Innocenzo, 2017b).

Os comentários dos participantes possibilitaram compreensão de várias outras percepções espontâneas sobre barreiras e facilitadores da segurança do paciente no hospital, entre as quais: necessidades de mais ou melhores recursos e a demanda por capacitação em segurança do paciente. Um dos recursos mais citados foi a funcionalidade dos elevadores e as carrinhas de rodas para o transporte de pacientes. Estes dispositivos ajudam entre outros aspectos na prevenção de quedas e na redução da carga de trabalho (COREN-SP, 2022).

Alguns participantes comentaram sobre a necessidade de formação do pessoal em matéria de segurança do paciente. Este comentário é corroborado por outro estudo que fez referência a necessidade de a formação em segurança do paciente ser priorizada na formação académica e introduzida na formação contínua, de maneira a fazer parte do quotidiano dos profissionais e favorecer a sua disseminação organizacional (Wegner et al., 2016).

12. CONCLUSÃO

Evidenciou-se neste estudo a participação de todos grupos de trabalhadores do hospital, nas suas diversas categorias profissionais, entre profissionais de áreas clínicas e de áreas administrativas. Os profissionais de Enfermagem lideraram com a maior taxa de resposta em relação ao universo do grupo no hospital, seguidos de técnicos de laboratórios, médicos e auxiliares de serviço.

A avaliação da cultura de segurança de paciente possibilitou identificar oportunidades de melhoria e pontos fortes da segurança do paciente a partir da percepção dos trabalhadores de saúde do hospital. De uma forma geral a cultura de segurança de paciente no hospital de estudo tem muitos desafios, mas não é de todo negativa.

Entre os pontos fortes, bons resultados foram achados a nível das dimensões como a “aprendizagem organizacional - melhoria contínua, o trabalho em equipa, as transições, o apoio à segurança do doente pela gestão e o trabalho entre as unidades”.

No meio destas dimensões em que a cultura do hospital revelou-se positiva, existiam itens que fugiram da média e que constituíram oportunidades de melhoria, como a ocorrência frequente de problemas na transição do cuidado e as percepções de que os superiores hierárquicos queriam que os subordinados trabalhassem mais rapidamente em situações de pressão, mesmo que isso significasse usar atalhos, assim como a demonstração de interesses sobre a segurança do paciente pelos chefes apenas em situações de adversidade.

As restantes dimensões constituem oportunidades de melhoria, entre as quais as mais críticas foram as dimensões de “percepções gerais sobre segurança do doente, dotação de profissionais e a resposta ao erro não punitiva”. O feedback das poucas comunicações de erro ou notificações dos eventos adversos, foi uma das preocupações frequentemente indicadas. A resposta não punitiva aos erros é uma dimensão que constitui desafio comum em unidades sanitárias de outros contextos, incluindo de países desenvolvidos.

Dos comentários gerais feitos pelos participantes no estudo, ficou evidenciada a preocupação com a necessidade de mais e melhores recursos estruturais. Entre esses recursos, figuraram a funcionalidade dos elevadores e a disponibilidade de carrinhas de rodas, itens críticos para a prevenção de quedas de pacientes no ambiente hospitalar.

Este estudo é pioneiro no país, mais pesquisas sobre a temática de cultura de segurança no país devem ser feitas para possibilitar comparações entre contextos locais e ultrapassar as limitações apresentadas neste estudo. Mais pesquisas poderão igualmente favorecer a trocas de experiência.

13. RECOMENDAÇÕES

A partir dos resultados levantados neste estudo, com enfoque nas oportunidades de melhoria, emergem as seguintes propostas de recomendações para o hospital e para o Ministério da Saúde

Para o hospital:

- a) Encontros para reflexão sobre os itens críticos para cultura de segurança do doente, análise de possíveis causas;

Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024

- b) Identificação de problemas para priorização de intervenções através de um plano de acção, com ênfase na abertura na comunicação, resposta ao erro não punitiva e dotação de pessoal;
- c) Repetição da avaliação após um ano de implementação das melhorias;

Para o hospital e o Ministério da Saúde

- a) Aceleração da criação e implementação da política ou directriz nacional de segurança do paciente;
- b) Criação de estruturas de suporte a segurança de paciente no país
- c) Definição e monitoria de indicadores chaves da segurança do paciente, com fortalecimento da vigilância de eventos adversos;
- d) Busca de parcerias para incentivo à realização de pesquisas sobre a segurança do paciente incluindo a cultura em outras unidades de saúde;
- e) Implementação de intervenções que visam socializar o tema nas equipas de trabalho para fortalecer a compreensão da equipa de saúde sobre a relevância cultura de segurança;
- f) Estabelecimento de programas de acreditação hospitalar que incluam a segurança do paciente;
- g) Criação de programas de formação complementar e contínua sobre segurança de paciente para todos trabalhadores de saúde.

14.REFERÊNCIAS

- Albright, B., Dayal, R., Agarwala, A. & Pukenas, E. 2020. Liderança Efetiva e Cultura de Segurança do Paciente. *Boletim da APSF*. 3(2):44–46. Disponível em: <https://www.apsf.org/pt-br/article/lideranca-efetiva-e-cultura-de-seguranca-do-paciente/> [2024, julho 14].
- Alencar, A.P.A., Carvalho, R.E.F.L. de & Oliveira, S.K.P. de. 2023. *A Segurança do Paciente & Tecnologias*. Fortaleza: IMAC.
- Al-Surimi, K., Almuhayshir, A., Ghailan, K.Y. & Shaheen, N.A. 2022. Impact of Patient Safety Culture on Job Satisfaction and Intention to Leave Among Healthcare Workers: Evidence from Middle East Context. *Risk Management and Healthcare Policy*. Volume 15:2435–2451. DISPONÍVEL EM DOI: 10.2147/RMHP.S390021.
- Borde, E., Manjate, E.S., Zandamela, N.N., Navarro, M.G.-Z., Martínez-Herrera, E., Dula, J., Ribeiro, P. & Benach, J. 2023. *Satisfação e percepção dos utentes de serviços de saúde em Maputo sobre a qualidade do cuidado*. Maputo.
- BRASIL, M. da S. 2014. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília: Fiocruz. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf [2023, abril 10].
- Colla, J.B. 2005. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Quality and Safety in Health Care*. 14(5):364–366. Disponível em DOI: 10.1136/qshc.2005.014217.
- COREN-SP. 2022. *SEGURANÇA DO PACIENTE: Guia para a prática*. 1st ed. V. 1. São Paulo: COREN-SP. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/Seguranca-do-Paciente-WEB.pdf> [2024, julho 14].
- Correa, C.R.F. & Junior, M.M.C. 2007. Análise e classificação dos factores humanos nos acidentes industriais. *Produção*. 7(1):186–198. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prod/a/zmmLcCK9KqZt9XsRwbfhVYG/?lang=pt&format=pdf> [2023, abril 11].
- Costa, D.B. da, Ramos, D., Gabriel, C.S. & Bernardes, A. 2018a. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de Enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 27(3). Disponível em DOI: 10.1590/0104-070720180002670016.

Costa, D.B. da, Ramos, D., Gabriel, C.S. & Bernardes, A. 2018b. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 27(3). DISPONÍVEL EM DOI: 10.1590/0104-070720180002670016.

DGS. 2011. *Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoI SegDoente_Final.pdf [2023, março 10].

Donabedian, A. 2005. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*. 83(4):691–729. DISPONÍVEL EM DOI: 10.1111/J.1468-0009.2005.00397.X.

Eiras, M. 2011. Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação ação numa Unidade de Radioterapia. Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/157629515.pdf> [2023, março 12].

Famolaro, T., Yount, N.D., Hare, R., Thornton, S., Meadows, K., Fan, L., Birch, R. & Sorra, J. 2018. *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2018 User Database Report*. Rockville.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/transicao-de-cuidados-nos-ambientes-de-assistencia-a-saude/> [2024, julho 14].

Gambashidze, N., Hammer, A., Wagner, A., Rieger, M.A., Brösterhaus, M., Van Vegten, A. & Manser, T. 2021. Influence of Gender, Profession, and Managerial Function on Clinicians' Perceptions of Patient Safety Culture: A Cross-National Cross-Sectional Study. *Journal of Patient Safety*. 17(4):e280–e287. DISPONÍVEL EM DOI: 10.1097/PTS.0000000000000585.

Gil, A.C. 2008. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6th ed. São Paulo: Editora Atlas S.A.

Gomes, A.T. de L., Silva, M. da F., Morais, S.H.M. de, Chiavone, F.B.T., Medeiros, S.M. de & Santos, V.E.P. 2016. Erro humano e cultura de segurança à luz da teoria queijo suíço: análise reflexiva. *Rev. enferm. UFPE on line*. 10. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11139/12639> [2023, abril 10].

Greenfield, D., Iqbal, U., O’connor, E., Conlan, N. & Wilson, H. 2021. An appraisal of healthcare accreditation agencies and programs: similarities, differences, challenges and opportunities. *International Journal for Quality in Health Care*. 33(4). Disponível em DOI: 10.1093/intqhc/mzab150.

Health Foundation. 2011. *Evidence Scan: Measuring Safety Culture*. Londres.

HGM. 2023. *Relatório anual do Hospital Geral da Machava referente ao ano de 2022*. Matola.

Hussein, M., Pavlova, M., Ghalwash, M. & Groot, W. 2021. The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: a systematic literature review. *BMC health services research*. 21(1). Disponível em DOI: 10.1186/S12913-021-07097-6.

Institute of Medicine. 2001. *Crossing the Quality Chasm*. Washington, D.C.: National Academies Press. Disponível em DOI: 10.17226/10027.

Jha, A.K., Larizgoitia, I., Audera-Lopez, C., Prasopa-Plaizier, N., Waters, H. & Bates, D.W. 2013. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Quality & Safety*. 22(10):809–815. Disponível em DOI: 10.1136/bmjqs-2012-001748.

Joint Commission Resources, Inc. 2005.

Katz, Michel.H. 2006. *Study Design and Statistical Analysis*. Cambridge University, Ed. New York.

Kauark, F. da S., Medeiros, C.H. & Manhães, F.C. 2010. *Metodologia da pesquisa: um guia prático*. 1st ed. V. 1. Bahia: Via Litterarum.

Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson, M.S. 1999. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf [2023, Março 20].

Kruk, M.E., Gage, A.D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H.H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., et al. 2018. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health*. 6(11):e1196–e1252. Disponível em DOI: 10.1016/S2214-109X(18)30386-3.

Lopes de Figueiredo, M. & D’Innocenzo, M. 2017a. Eventos adversos relacionados às práticas assistenciais: uma revisão integrativa. *Enfermería Global*. 16(3):605. Disponível em DOI: 10.6018/eglobal.16.3.256091.

Lopes de Figueiredo, M. & D’Innocenzo, M. 2017b. Eventos adversos relacionados às práticas assistenciais: uma revisão integrativa. *Enfermería Global*. 16(3):605. Disponível em DOI: 10.6018/eglobal.16.3.256091.

MacGillivray, T.E. 2020. Advancing the Culture of Patient Safety and Quality Improvement. *Methodist DeBakey Cardiovascular Journal*. 16(3):192. Disponível em DOI: 10.14797/MDCJ-16-3-192.

Marconi, M. de A. & Lakatos, E.M. 2003. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª ed. Atlas, Ed. São Paulo.

Martinez, E.Z. 2015. *Bioestatística para os cursos de graduação na área de saúde*. 1st ed. São Paulo: Blusher. Disponível em: [https://books.google.co.mz/books?id=dtesDwAAQBAJ&pg=PA18&dq=estudos+observacionais+transversais&hl=pt-](https://books.google.co.mz/books?id=dtesDwAAQBAJ&pg=PA18&dq=estudos+observacionais+transversais&hl=pt-PT&sa=X&ved=2ahUKEwj4a6z5aT9AhXVglwKHb7wBIAQ6AF6BAgEEAI#v=onepage&q=estudos%20observacionais%20transversais&f=false)

[PT&sa=X&ved=2ahUKEwj4a6z5aT9AhXVglwKHb7wBIAQ6AF6BAgEEAI#v=onepage&q=estudos%20observacionais%20transversais&f=false](https://books.google.co.mz/books?id=dtesDwAAQBAJ&pg=PA18&dq=estudos+observacionais+transversais&hl=pt-PT&sa=X&ved=2ahUKEwj4a6z5aT9AhXVglwKHb7wBIAQ6AF6BAgEEAI#v=onepage&q=estudos%20observacionais%20transversais&f=false) [2023, February 21].

Nascimento, N.B. 2019. O erro e as violações no cuidado de saúde. In *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Editora FIOCRUZ. 75–94. Disponível em DOI: 10.7476/9788575416419.0007.

Nascimento, J.C. & Draganov, P.B. 2015. História da qualidade em segurança do paciente. *Hist enferm Rev eletronica*. 6(2):299–309. Disponível em: http://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf [2023, março 26].

Oliveira, R.C. de. 2012. Cultura de segurança e clima de segurança nas instituições de saúde. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 6(6):1–2. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/7229/6598> [2023, Abril 04].

Ontario, H.Q. 2017. Patient Safety Learning Systems: A Systematic Review and Qualitative Synthesis. *Ontario Health Technology Assessment Series*. 17(3):1. Disponível em: [/pmc/articles/PMC5357133/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35357133/) [2023, março 29].

- Park, M. & Giap, T. 2020. Patient and family engagement as a potential approach for improving patient safety: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 76(1):62–80. Disponível em DOI: 10.1111/jan.14227.
- Pena, M.M., Melleiro, M.M., Braga, A.T. & Meres, A.L.F. 2021. Emprego da ferramenta SBAR na transição do cuidado: Uma técnica para a comunicação efetiva. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 11. Disponível em DOI: 10.19175/recom.v11i0.3142.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. 2000. *ANÁLISE DE DADOS PARA CIÊNCIAS SOCIAIS, A complementaridade do SPSS*. 6ª ed. Sílabo, Ed. Portugal.
- Portela, M.C. 2000. Avaliação da qualidade em saúde. In *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Editora Fiocruz. 259–269. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-15.pdf> [2023, Março 29].
- Prodanov, C.C. & Freitas, E.C. de. 2013. *metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico*. 2ª ed. Novo Hamburgo: Feevale, Ed.
- Reis, C.T. 2019. Cultura de Segurança em Organizações de Saúde. In *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. 2ª ed. P. Souza & W. Mendes, Eds. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1–468. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2019/09/seguranca-do-paciente--livro-2.pdf> [2023, março 12].
- Reis, C.T., Laguardia, J. & Martins, M. 2012. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cadernos de Saúde Pública*. 28(11):2199–2210. Disponível em DOI: 10.1590/S0102-311X2012001100019.
- Santiago, T.H.R. & Turrini, R.N.T. 2015. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 49(spe):123–130. Disponível em DOI: 10.1590/S0080-623420150000700018.
- Sorra, J., Nieva, V., Famolaro, T. & Dyer, N. 2007. *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report*. Rockville.
- Souza, P. & Mendes, W. 2019. *Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras*. 2nd ed. Rio de Janeiro: ENSP, Fiocruz. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2019/09/seguranca-do-paciente--livro-2.pdf> [2023, março 26].

TSO. 1999. *Reducing error and influencing behaviour*. Norwich. Disponível em: <https://www.hse.gov.uk/pubns/priced/hsg48.pdf> [2023, março 28].

Watcher, R.M. 2013. *Compreendendo a segurança do paciente*. 2nd ed. D. de F. Louzada, Ed. Porto Alegre: AMGH EDITORA LTDA.

Wegner, W., Silva, S.C. da, Kantorski, K.J.C., Predebon, C.M., Sanches, M.O. & Pedro, E.N.R. 2016. Education for culture of patient safety: Implications to professional training. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*. Disponível em DOI: 10.5935/1414-8145.20160068.

Westat, R., Sorra, J., Yount, N., Famolaro, T. & Gray, L. 2021. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/AHRQ-Hospital-Survey-2.0-Users-Guide-5.26.2021.pdf> [2023, março 12].

WHO. 2004. *World Alliance for Patient Safety: forward programme*. Genebra. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf> [2023, Março 27].

WHO. 2015. *Partnerships for safer health service delivery: Evaluation of WHO African Partnerships for Patient Safety 2009-2014*. Genebra. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2015.13> [2023, março 27].

WHO. 2017. *Patient Safety: Making health care safer*. Genebra: WHO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255507> [2023, abril 01].

WHO. 2020. *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership*. Genebra.

WHO. 2021. *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705> [2023, março 07].

WHO & JCI. 2007. Communication During Patient Hand-Overs. *Patient safety solutions*. (May):1–4. Disponível em: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf> [2024, julho 14].

Wilson, R.M., Michel, P., Olsen, S., Gibberd, R.W., Vincent, C., El-Assady, R., Rasslan, O., Qsous, S., et al. 2012. Patient safety in developing countries: retrospective estimation

of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ*. 344(mar13 3):e832–e832.
Disponível em DOI: 10.1136/bmj.e832.

ANEXOS

Anexo A **Termo de consentimento informado e declaração de concordância para participar na pesquisa**

“Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva de trabalhadores de saúde do Hospital Geral da Machava no I Semestre de 2024”

Versão 1.0, 02 de agosto de 2023

Nome do Participante: _____ Data ___ / ___ /2024

Esta declaração tem como finalidade dar-lhe informações sobre esta pesquisa de modo a ajudar-lhe a decidir se quer ou não participar nela. O(a) senhor (a) está, portanto, sendo convidado a participar nesta pesquisa. Uma cópia desta declaração ficará consigo se aceitar participar nesta pesquisa. Por favor, leia esta declaração com atenção e pergunte se tiver alguma dúvida. A participação nesta pesquisa é voluntária e portanto, se não estiver interessado em participar nela pode recusar sem qualquer problema para si.

Objectivo da pesquisa: A cultura de segurança do doente é um factor determinante para provisão de cuidados de saúde seguros, livres de danos, principalmente os evitáveis. Portanto, considerando que conhecer a cultura de segurança é um dos primeiros passos para desenvolver a qualidade assistencial, o objectivo desta pesquisa é avaliar a cultura de segurança do paciente existente sob a perspectiva de trabalhadores de saúde do hospital geral da Machava

Participação na pesquisa: A sua participação neste estudo consiste na sua disponibilidade para responder a um inquérito, através do preenchimento de um questionário, sendo previsto que gaste de 10 a 15 minutos para tal

O(a) senhor(a) é livre para desistir da sua participação em qualquer momento sem qualquer problema para si. Para tal, simplesmente precisa informar ao investigador ou à qualquer membro da equipa de pesquisa que gostaria de desistir de participar no estudo.

Custos de participação na pesquisa: O(a) senhor(a) não terá qualquer tipo de custos por participar neste estudo, para além do tempo que irá dispensar para responder o questionário do estudo.

Riscos e desconforto: Não existe algum risco para a sua saúde ao participar neste estudo. Irá preencher o questionário em momento e lugar à sua escolha, sendo-lhe apenas pedido que devolva o questionário dentro de sete dias, colocando-o dentro do envelope.

Benefícios ao participar nesta pesquisa: Ao preencher o questionário irá se familiarizar com algumas dimensões da cultura de segurança. Os resultados do estudo irão contribuir para o conhecimento da cultura de segurança do doente dentro do sector e do hospital onde trabalha e poderão direccionar

planos para promover a segurança do doente na unidade sanitária. Serão úteis para dar suporte a outras pesquisas sobre esta temática no país e no mundo afora, portanto, um contributo para a ciência.

Confidencialidade: Todos os esforços serão feitos para proteger a informação pessoal que o(a) senhor(a) fornecer durante a sua participação neste estudo. Todas as suas informações e respostas ao inquérito serão mantidas anónimas e confidenciais, de forma que nenhum dado será possível associar a algum nome seu ou de algum outro participante.

Contacto em caso de dúvidas: Se tiver alguma pergunta sobre esta pesquisa, por favor fique à vontade para contactar o Investigador Principal desta pesquisa, o Enfermeiro **Grácio Fenias Guambe**, através do número de celular 865445914 ou email: grafegua@gmail.com, ou o Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane e Hospital Central de Maputo pelo número 825881101.

Declaração concordando em participar nesta pesquisa

Eu li ou foi-me lido este termo de consentimento para participação na pesquisa, todas as minhas perguntas e dúvidas foram respondidas, compreendo os propósitos da pesquisa e declaro que aceito livremente participar nesta pesquisa e autorizo a divulgação dos dados fornecidos por mim neste estudo.

Assinatura do Participante

Assinatura do Investigador ou
Inquiridor



Data ___/___/2024

Data ___/03/2024

Anexo B Instrumento de recolha de dados: Questionário HSOPSC

Questionário hospitalar sobre cultura de segurança do doente

Versão única aprovada pelo CIBS (março de 2024)

Um "evento/ocorrência" é definido como qualquer tipo de erro, equívoco, incidente, acidente ou desvio, independentemente de ter ou não causado dano no doente.

A "segurança do doente" é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO	Este questionário poderá ser submetido a leitura óptica. Por favor, use tinta preta ou azul. Leia atentamente a escala de resposta e preencha apenas uma	Preencha assim	•
		Não assim	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

Este questionário levará entre 10 a 15 minutos a responder. Considere o Serviço/unidade como sendo a área de trabalho, departamento ou área do hospital onde trabalha habitualmente.

SECÇÃO A : O seu serviço/unidade de trabalho

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do Serviço/unidade onde trabalha. Utilize para isso a escala indicada:

1 Discordo fortemente

4 Concordo

2 Discordo

5 Concordo fortemente

3 Não discordo nem discordo

1. Neste Serviço/unidade os profissionais entreajudam-se	<input type="radio"/>				
2. Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido	<input type="radio"/>				
3. Quando é necessário efectuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer	<input type="radio"/>				
4. Neste Serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito	<input type="radio"/>				
5. Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados	<input type="radio"/>				

6. Estamos a trabalhar activamente para uma melhoria da segurança do doente	<input type="radio"/>				
7. Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável	<input type="radio"/>				
8. Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles	<input type="radio"/>				
9. Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas	<input type="radio"/>				
10. E apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço/unidade	<input type="radio"/>				
11. Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio	<input type="radio"/>				
12. Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si	<input type="radio"/>				
13. Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente	<input type="radio"/>				
14. Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa	<input type="radio"/>				
15. Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho	<input type="radio"/>				
16. Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal	<input type="radio"/>				
17. Neste Serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente	<input type="radio"/>				
18. Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer	<input type="radio"/>				

SECCÃO B: O seu superior hierárquico

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu superior hierárquico.

Utilize para isso a escala indicada:

1 Discordo fortemente

4 Concordo

2 Discordo

5 Concordo fortemente

3 Não discordo nem concordo

1. O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

2. O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	<input type="radio"/>				
3. Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos	<input type="radio"/>				
4. O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente	<input type="radio"/>				

SECÇÃO C: Comunicações

Com que frequência acontece este tipo de situações no Serviço/unidade onde trabalha? Utilize para isso a escala indicada:

1 Nunca

4 A maioria das vezes

2 Raramente

5 Sempre

3 Por vezes

1. É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências	1	2	3	4	5
2. Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afecta negativamente cuidados para com o doente	<input type="radio"/>				
3. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço/unidade	<input type="radio"/>				
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos	<input type="radio"/>				
5. Neste Serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer	<input type="radio"/>				
6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo	<input type="radio"/>				

SECÇÃO D: Frequência da notificação de eventos/ocorrências

No Serviço/unidade onde trabalha, quando os eventos/ocorrências seguintes ocorrem, quantas vezes são notificados? Para responder utilize para isso a escala indicada:

1 Nunca

5 Sempre

2 Raramente

3 Por vezes

4 A maioria das vezes

1. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detectado e corrigido antes de afectar o doente, com que frequência é notificado?	1	2	3	4	5
2. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?	O	O	O	O	O
3. Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?	O	O	O	O	O

SECÇÃO E: Grau da segurança do doente

Por favor, atribua ao seu Serviço/unidade de trabalho neste Hospital, um grau sobre a segurança do doente. Para responder utilize a escala indicada: Para responder utilize para isso a escala indicada:

Atribua ao seu Serviço/unidade de trabalho neste Hospital, um grau sobre a segurança do doente	Excelente	Muito Boa	Aceitável	Fraca	Muito Fraca
	O	O	O	O	O

SECÇÃO F : O seu hospital

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu hospital. Utilize para isso a escala indicada:

1 Discordo fortemente

4 Concordo

2 Discordo

5 Concordo fortemente

3 Não discordo nem discordo

	1	2	3	4	5
1. A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente	O	O	O	O	O
2. Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros	O	O	O	O	O
3. A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço/unidade para outro	O	O	O	O	O

4. Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente	<input type="radio"/>				
5. É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno	<input type="radio"/>				
6. É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do Hospital	<input type="radio"/>				
7. Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários os Serviços/unidades do Hospita	<input type="radio"/>				
8. As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades	<input type="radio"/>				
9. A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade	<input type="radio"/>				
10. Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente	<input type="radio"/>				
11. As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente	<input type="radio"/>				

SECÇÃO G: Número de eventos notificados
--

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos preencheu e entregou? (Escolha apenas UMA resposta)

<input type="radio"/>	Nenhum
<input type="radio"/>	1 a 2 relatórios de eventos
<input type="radio"/>	3 a 5 relatórios de eventos
<input type="radio"/>	6 a 10 relatórios de eventos
<input type="radio"/>	11 a 20 relatórios de eventos
<input type="radio"/>	1 a 2 relatórios de eventos

SECÇÃO H: Identificação

1 – Sexo: O Feminino. O Masculino	2 – Idade O <30 anos O 30 a 34 anos O 35 a 39 anos O 40 a 44 anos O 45 ou mais anos				
--	---	--	--	--	--

3. Alguma vez tinha respondido a este questionário? O Sim O Não

4. O serviço/unidade onde trabalha é acreditado/certificado? O Sim O Não

5. Profissão/ocupação O Medicina O Enfermagem O Psicologia O Nutrição O Fisioterapia O Técnico de oftalmologia O Técnico de imagem/radiologia O Técnico de laboratório O Técnico administrativo O Auxiliar de serviço (servente, maqueiro, motorista) O Outro Qual _____	6. Experiência no Serviço/Unidade O < 6 meses O 6 a 11 meses O 1 a 2 anos O 3 a 7 anos O 8 a 12 anos O 13 a 20 anos O 21 anos ou mais	7. Identificação do sector O Direcção O Administração e Finanças O Recursos Humanos O Enfermarias O Consultas Externas O Farmácia O Laboratório O Raio X O Cozinha e copa O Lavandaria O Recepção ou Arquivo O Morgue O _____ Outro Qual _____
---	---	---

8. Experiência na instituição

O < 6 meses O 6 a 11 meses O 1 a 2 anos O 3 a 7 anos O 8 a 12 anos O 13 a 20 anos O 21 anos ou mais

9. Nível de formação académica

O Licenciado ou acima O Técnico Profissional Médio ou Básico O Ensino Geral Médio ou Básico

Por favor, deixe aqui um comentário que considere oportuno quanto à segurança do doente, erros ou sistemas de notificação do seu Hospital.

Grato pela sua contribuição.

ANEXO C: Avaliação dos itens por dimensões

Ord	Dimensão	ITENS	Positivo	Negativo	Neutro	NR	Média + dimensão
1	1.Trabalho em equipa	A1 Neste Serviço/unidade os profissionais entreajudam-se	70.83	13.89	12.5	2.78	67.2
2	1.Trabalho em equipa	A3 Quando é necessário efectuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer	79.86	8.33	7.64	4.17	67.2
3	1. Trabalho em equipa	A4 Neste Serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito	76.39	6.94	11.11	5.56	67.2
4	1.Trabalho em equipa	A11 Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio	65.97	19.44	11.81	2.78	67.2
5	2.Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente	B1 O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos	43.06	44.44	9.72	2.78	52.4
6	2.Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente	B2 O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	77.08	7.64	12.5	2.78	52.4
7	2.Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente	B3R Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos	23.61	47.22	22.22	6.94	52.4
8	2.Expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente	B4R O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente	65.97	18.06	12.5	3.47	52.4

Ord	Dimensão	ITENS	Positivo	Negativo	Neutro	NR	Média + dimensão
9	3. Aprendizagem organizacional-Melhoria contínua	A6 Estamos a trabalhar activamente para uma melhoria da segurança do doente	77.78	9.03	9.72	3.47	73.6
10	3. Aprendizagem organizacional-Melhoria contínua	A9 Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas	63.19	11.11	20.14	5.56	73.6
11	3. Aprendizagem organizacional-Melhoria contínua	A13 Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente	79.86	4.86	10.42	4.86	73.6
12	4. Feedback e comunicação acerca do erro	C1 É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências	25	72.22		2.78	50.7
13	4. Feedback e comunicação acerca do erro	C3 Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço/unidade	61.11	36.11		2.78	50.7
14	4. Feedback e comunicação acerca do erro	C5 Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos	65.97	29.86		4.17	50.7
15	5. Abertura na comunicação	C2 Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afecta negativamente cuidados para com o doente	57.64	36.11		6.25	52.5
16	5. Abertura na comunicação	C4 Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos	32.64	61.81		5.56	52.5
17	5. Abertura na comunicação	C6R Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo	67.36	28.47		4.17	52.5

Ord	Dimensão	ITENS	Positivo	Negativo	Neutro	NR	Média + dimensão
18	6. Dotação de profissionais	A2 Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido	63.89	13.89	15.28	6.94	36.5
19	6. Dotação de profissionais	A5R Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados	29.86	44.44	15.28	10.42	36.5
20	6. Dotação de profissionais	A7 Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável	25.69	39.58	29.86	4.86	36.5
21	6. Dotação de profissionais	A14R Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa	26.39	42.36	27.78	3.47	36.5
22	7.Resposta ao erro não punitiva	A8 Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles	36.81	33.33	22.22	7.64	27.3
23	7.Resposta ao erro não punitiva	A12 Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si	31.94	39.58	23.61	4.86	27.3
24	7.Resposta ao erro não punitiva	A16 Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal	13.19	65.97	18.75	2.08	27.3
25	8. Apoio à segurança do doente pela gestão	F1 A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente	69.44	9.72	18.06	2.78	61.3
26	8. Apoio à segurança do doente pela gestão	F8 As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades	68.75	10.42	14.58	6.25	61.3
27	8. Apoio à segurança do doente pela gestão	F9R A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade	45.83	30.56	18.75	4.86	61.3

Ord	Dimensão	ITENS	Positivo	Negativo	Neutro	NR	Média + dimensão
28	9. Trabalho entre as unidades	F2R Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros	47.92	26.39	23.61	2.08	57.9
29	9. Trabalho entre as unidades	F4R Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente	68.75	12.5	17.36	1.39	57.9
30	9. Trabalho entre as unidades	F6R É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do Hospital	56.94	14.58	24.31	4.17	57.9
31	10. Transições	F3R A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço/unidade para outro	63.19	17.36	14.58	4.86	61.3
32	10. Transições	F5R É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno	65.97	17.36	13.19	3.47	61.3
33	10. Transições	F7R Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários os Serviços/unidades do Hospita	51.39	18.06	23.61	6.94	61.3
34	10. Transições	F11R As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente	65.97	14.58	17.36	2.08	61.3
35	11. Percepções gerais sobre segurança do doente	A10R E apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço/unidade	34.72	27.78	26.39	11.11	49.8
36	11. Percepções gerais sobre segurança do doente	A15 Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho	63.89	20.83	11.81	3.47	49.8

Ord	Dimensão	ITENS	Positivo	Negativo	Neutro	NR	Média + dimensão
37	11. Percepções gerais sobre segurança do doente	A17R Neste Serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente	49.31	31.94	15.97	2.78	49.8
38	11. Percepções gerais sobre segurança do doente	A18 Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer	51.39	13.89	26.39	8.33	49.8
39	12. Frequência e número de notificações de eventos	D1 Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detectado e corrigido antes de afectar o doente, com que frequência é notificado?	40.97	55.56		3.47	51.9
40	12. Frequência e número de notificações de eventos	D2 Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?	55.56	36.11		8.33	51.9
41	12. Frequência e número de notificações de eventos	D3 Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?	59.03	31.25		9.72	51.9

Anexo D Aprovação ética do CIBS



Comité Institucional de Bioética em Saúde da
Faculdade de Medicina/Hospital Central de
Maputo



(CIBS FM&HCM)

*Dra. Jacinta Silveira Langa, Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de
Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)*

CERTIFICA

*Que este Comité avaliou a proposta do (s) Investigador (es) Principal (is):
Nome (s): **Grácio Fenias Guambe**
Protocolo de investigação: **Versão 1.0, de 18 de Agosto de 2023**
Consentimentos informados: **Versão 1.0, de 02 de Agosto de 2023**
Instrumentos de recolha de dados: **Sem Versão e sem data***

Do estudo:

*TÍTULO: "Avaliação da cultura de segurança do doente sob a perspectiva trabalhadores de saúde
do Hospital Geral da Machava no II Semestre de 2023."*

E faz constar que:

1º Após revisão do protocolo pelos membros do comité durante a reunião do dia 01 de Fevereiro de 2024 e que será incluída na acta 01/2024, o CIBS FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que impeça o início do estudo.

2º Que a revisão realizou-se de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – emenda 2 de 28 de Julho de 2014.

*3º Que o protocolo está registado com o número **CIBS FM&HCM/078/2023**.*

4º Que a composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité.

5º Não foi declarado nenhum conflito de interesse pelos membros do CIBS FM&HCM.

6º O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a autorização administrativa.

7º A aprovação terá validade de 1 ano, até 08 de Fevereiro de 2025. Um mês antes dessa data o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar.

8º Recomenda aos investigadores que mantenha o CIBS informado do decurso do estudo no mínimo uma vez ao ano.

9º Solicitamos aos investigadores que enviem no final de estudo um relatório dos resultados obtidos

E emite

RESULTADO: APROVADO

Jacinta Silveira Langa
Assinado em Maputo aos 09 de Fevereiro de 2024

