

JULIANA MARTINS TOLEDO

**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: AS SINGULARIDADES DE UM
SERVIÇO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Orientadora: Andréia Guerra Siman

Coorientador: Bruno David Henriques

**VIÇOSA – MINAS GERAIS
2021**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

Toledo, Juliana Martins, 1984-

T649c
2021
Cultura de segurança do paciente: as singularidades do
trabalho de um serviço hospitalar / Juliana Martins Toledo. –
Viçosa, MG, 2021.

1 dissertação eletrônica (110 f.): il.

Inclui anexos.

Inclui apêndice.

Orientador: Andréia Guerra Siman.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa,
Departamento de Medicina e Enfermagem, 2021.

Inclui bibliografia.

DOI: <https://doi.org/10.47328/ufvbbt.2021.155>

Modo de acesso: World Wide Web.

1. Cultura Organizacional. 2. Segurança do Paciente.
3. Equipe de Assistência ao Paciente. 4. Hospitais -
Administração - Zona da Mata (Mesorregião). I. Siman, Andréia
Guerra, 1980-. II. Universidade Federal de Viçosa.
Departamento de Medicina e Enfermagem. Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDD 22. ed. 362.11098151

JULIANA MARTINS TOLEDO

**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: AS SINGULARIDADES DE UM
SERVIÇO HOSPITALAR**


Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 27 de julho de 2021.

Assentimento:



Juliana Martins Toledo
Autora



Andréia Guerra Siman
Orientadora

Dedico este trabalho ao meu querido pai, hoje falecido, que sempre me apoiou na busca desse sonho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da caminhada.

Ao meu filho e ao meu esposo, pelo incentivo nos momentos difíceis e por compreenderem a minha ausência, enquanto me dedicava à realização deste trabalho.

À minha mãe pelas palavras de tranquilidade e companheirismo de sempre.

Às minhas irmãs pelo carinho e por sempre acreditarem nos meus sonhos, em especial a minha irmã Fabiana que nunca mediu esforços para me apoiar nessa caminhada, com atitudes positivas, sempre me fazendo acreditar que seria capaz.

Ao meu cunhado irmão Reginaldo pelo apoio e presteza de sempre.

A minha amiga Fernanda Castro pelo apoio e presença ao meu lado desde o início do processo.

A minha equipe de trabalho pelo auxílio durante minhas ausências, cuidando de tudo com muita dedicação, em especial as colaboradoras Jessica, Gláucia, Debora e Thamires.

Ao Dr. Gustavo e a Dra. Bruna que foram mentores para que esse sonho acontecesse, acreditando desde o início que o projeto inscrito daria certo.

A direção da Instituição onde trabalho pelo reconhecimento e prontidão durante todo meu processo, em especial a Lucimar.

Aos colaboradores da instituição participantes da pesquisa.

A minha orientadora Andréia, que conduziu o trabalho com paciência e dedicação, sempre disponível para esclarecimentos de dúvidas no decorrer do processo.

Ao professor Bruno pela dedicação e compartilhamento de conhecimento em suas aulas.

A todos os alunos da turma IV da pós-graduação, pelo ambiente amistoso no qual convivemos no decorrer do curso e em especial as meninas Isabela e Alessandra.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela concessão da bolsa de estudos.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

"Não é o mais forte que sobrevive, nem o mais inteligente. Quem sobrevive é o mais disposto à mudança".(Charles Darwin)

RESUMO

TOLEDO, Juliana Martins, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, julho de 2021. **A cultura de segurança do paciente: as singularidades de um serviço hospitalar.** Orientadora: Andreia Guerra Siman. Coorientador: Bruno David Henriques.

A cultura de segurança está relacionada à estrutura da organização e à natureza do trabalho, seus fatores, os processos e os resultados. Ao conceituar a cultura, deve-se considerar os hábitos, as práticas e os costumes organizacionais. Assim, a cultura de segurança é o norteador das práticas e estratégias de ações, focadas nos aspectos que proporcionam melhoria nos indicadores de segurança nos serviços de saúde. Nesse ambiente, todos os profissionais de saúde e os gestores devem estar engajados na realização do cuidado, conforme protocolos de segurança do paciente, estabelecendo um processo de aprendizado contínuo, e mitigação dos eventos adversos. Assim, este estudo teve como objetivo analisar a cultura de segurança na óptica da equipe multiprofissional de um hospital filantrópico, em um município da zona da mata mineira. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo realizado em um hospital de médio porte, filantrópico, localizado na zona da mata mineira. A população de estudo foi N= 500, todos os profissionais do hospital, cenário do estudo. A amostra foi constituída de 191 profissionais. A coleta de dados foi realizada de outubro de 2020 a janeiro de 2021, utilizando o *Hospital Survey On Patient Safety Culture* (HSOPSC). O instrumento contém nove seções, com 42 itens, estruturados em 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, lançados em planilha de Excel Windows 2010 e nomeados em ordem crescente, contemplando até o questionário de número 200. Foram utilizadas frequências e porcentagens simples para tratamento dos dados. A confiabilidade das dimensões foi comparada com os resultados do HSOPC original. O Coeficiente alfa de Cronbach normalmente apresenta variação de 0 a 1, sendo o valor 1 a máxima correlação entre os itens de uma dimensão do questionário. Apesar de pouco comum, o teste pode apresentar valores negativos quando os itens presentes no questionário são negativamente correlacionados (TAVAKOL & DENNICK, 2001). Definiu-se como aceitável $\alpha \geq 0,60$, sendo inserido nos resultados o valor de alfa de cada dimensão do instrumento. De forma complementar, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson para avaliar o resultado do cruzamento das dimensões consideradas frágeis com os seguintes itens

abordados nos questionários: Tempo de trabalho no hospital; profissão; ocupação. Todos os aspectos éticos foram respeitados. As dimensões que apresentaram maior índice de respostas positivas foram: apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes, aprendizado organizacional e melhoria contínua. As dimensões com menores índices de respostas positivas foram: resposta não punitiva aos erros, percepção geral da segurança do paciente, adequação de profissionais. Os pontos que necessitam de melhoria foram relacionados à notificação de incidentes, comunicação aberta, trabalho em equipe entre as unidades e passagem de plantão. Os achados destacam-se pelos aspectos organizacionais, de gestão e de engajamento das equipes para estabelecer uma cultura de segurança, no entanto, com aspectos importantes de melhoria. Desta forma, urge a necessidade de as instituições investirem em cultura justa e se tornarem instituições de alta confiabilidade, com ações para minimizar os riscos, criar um sistema que assegure a qualidade dos serviços prestados e que respeite mais a vida humana.

Palavras-chave: Cultura organizacional. Segurança do paciente. Equipe multiprofissional. Hospital. Erros médicos.

ABSTRACT

TOLEDO, Juliana Martins, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, July, 2021. **The patient safety culture: the singularities of a hospital service.** Advisor: Andreia Guerra Siman. Co-advisor: Bruno David Henriques.

The safety culture is related to the organization's structure and the nature of the work, its factors, processes and results. When conceptualizing culture, organizational habits, practices and customs must be considered. Thus, the safety culture is the guide of practices and action strategies, focused on aspects that provide improvements in health services safety indicators. In this environment, all health professionals and managers must be engaged in providing care, according to patient safety protocols, establishing a continuous learning process, and mitigating adverse events. Thus, this study aimed to analyze the safety culture from the perspective of the multidisciplinary team of a philanthropic hospital in a municipality in the forest region of Minas Gerais. This is a quantitative, cross-sectional and descriptive study carried out in a medium-sized, philanthropic hospital located in the forest region of Minas Gerais. The study population was N= 500, all hospital professionals, study setting. The sample consisted of 191 professionals. Data collection was performed from October 2020 to January 2021, using the Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC). The instrument contains nine sessions, with 42 items, structured in 12 dimensions of the patient safety culture, entered in an Excel Windows 2010 spreadsheet and named in ascending order, contemplating up to the questionnaire number 200. Simple frequencies and percentages were used for the treatment of patients. The reliability of the dimensions was compared with the results of the original HSOPC. Cronbach's alpha coefficient usually varies from 0 to 1, with the value 1 being the maximum correlation between the items of a dimension of the questionnaire. Although uncommon, the test can present negative values when the items present in the questionnaire are negatively correlated (TAVAKOL & DENNICK, 2001), which defined $\alpha \geq 0.60$ as acceptable, in this way the alpha value of each dimension of the instrument was inserted in the results. Complementarily, in this study, Pearson's chi-square test was used to assess the result of crossing the dimensions considered fragile with the following items addressed in the questionnaires: Time working in the hospital; profession; occupation.

Keywords: Organizational culture. Patient safety. Multiprofessional team. Hospital. Medical errors.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo variáveis sociodemográficas. PonteNova, Brasil, MG, 2021.	30
Tabela 2 – Distribuição dos resultados obtidos na aplicação dos coeficientes Alpha de Cronbach.Ponte Nova, Brasil, MG 2021.	32
Tabela 3 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. “Trabalho em equipe dentro das unidades”.....	34
Tabela 4 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes”.	36
Tabela 5 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. “Aprendizado organizacional/ melhoria contínua”	37
Tabela 6 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. “Feedback e comunicação sobre erros”	38
Tabela 7 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. “Abertura para comunicação”	39
Tabela 8 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. “Quadro de Funcionários”	40
Tabela 9 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. “Resposta não punitiva ao erro”	41
Tabela 10 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. “Apoio da Gestão Hospitalar para a segurança do paciente”.	42
Tabela 11 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. “Trabalho em equipe entre as unidades”	43
Tabela 12 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. “Transferências Internas e passagens de plantão”	44
Tabela 13 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. “Percepção geral de segurança do paciente”	45
Tabela 14 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. “Frequência de eventos notificados”	46
Tabela 15 - Notificação de eventos nos últimos 12 meses.....	47

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Percentual de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente em hospital filantrópico da zona da mata mineira – 2021.....	33
---	----

-

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição das dimensões de avaliação da cultura de segurança conforme o HSOPSC.....	25
Quadro 2 - Valores de referências para classificações das dimensões de avaliação da cultura de segurança de acordo com HSOPSC.	27

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	15
2. INTRODUÇÃO	16
3. OBJETIVOS	20
3.1. Objetivo Geral.....	20
3.2. Objetivos Específicos	20
4. METODOLOGIA	21
4.1. Local de Estudo	21
4.2. Local de Estudo	21
4.3. População do estudo	22
4.4. Instrumento de coleta de dados.....	23
4.5. Coleta de dados.....	26
4.6. Tratamento e análise dos dados.....	27
4.7. Aspectos Éticos	29
5. RESULTADOS	29
5.1. Dimensão 1- Trabalho em equipe dentro das unidades.	34
5.2. Dimensão 2 - Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/ gerentes.	35
5.3. Dimensão 3 - Aprendizado organizacional/melhoria contínua	36
5.4. Dimensão 4 - Feedback e comunicação sobre erros.....	37
5.5. Dimensão 5 - Abertura para comunicação	38
5.6. Dimensão 6 - Quadro de funcionários	39
5.7. Dimensão 7 - Resposta não punitiva ao erro.....	40
5.8. Dimensão 8 - Apoio da Gestão Hospitalar para a segurança do paciente	41
5.9. Dimensão 9 - Trabalho em equipe entre as unidades	42
5.10. Dimensão 10 - Transferências Internas e passagens de plantão	43

5.11. Dimensão 11 - Percepção geral de segurança do paciente	44
5.12. Dimensão 12 - Frequência de eventos notificados	45
6. DISCUSSÃO	48
7. CONCLUSÃO	58
8. PRODUTOS FINAIS.....	59
8.1. Artigo Científico: A Cultura de segurança do Paciente: as singularidades de um serviço hospitalar	60
8.2. Cartilha Educativa: A Cultura de segurança do Paciente: as singularidades de um serviço hospitalar.	85
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO PELO CEP UFV	102
ANEXO B - SUBMISSÃO DO ARTIGO	103
APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	109

1. APRESENTAÇÃO

A presente dissertação foi elaborada de acordo com as normas estabelecidas pela Pró Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Viçosa (UFV). O corpo do trabalho compreende uma introdução, objetivos gerais e específicos, a descrição detalhada da metodologia, resultados, um artigo científico e um produto técnico, conclusão, os apêndices e anexos contendo documentos relevantes para a organização e estruturação da pesquisa. O artigo original 1 intitulado “A cultura de Segurança do Paciente: as singularidades do serviço hospitalar” foi submetido à Revista Caderno de Saúde Pública (Qualis Capes B2 – Medicina I) em julho de 2021. A presente dissertação resultou ainda em um produto técnico, expresso por uma cartilha educativa intitulada “Segurança no cuidado ao paciente: promoção da cultura de segurança” voltada para orientações e melhorias na reorganização do processo de trabalho, no alcance de uma cultura de segurança do paciente, no âmbito hospitalar, desenvolvida no transcorrer desta pesquisa.

2. INTRODUÇÃO

A inserção de uma cultura de segurança nas organizações de saúde é pautada na premissa de que os profissionais são passíveis de erros e por isso necessitam criar mecanismos que amenizem os danos aos pacientes (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 2000). Essa abordagem foi iniciada nas companhias de aviação ao compreenderem que mesmo os profissionais mais capacitados são passíveis de erros, diante da complexidade do processo de trabalho, com elevados riscos (SOUZA, 2019).

Em um contexto mundial, a evidência de que as organizações de saúde deveriam criar mecanismos de segurança do paciente foi a partir da publicação do Relatório “Errar é humano” pelo *Institute of Medicine* (IOM), (1999). Para tanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de estabelecer mecanismos para o desenvolvimento de uma cultura de segurança nos estabelecimentos de saúde, criou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e definiu seis metas internacionais para promover melhorias específicas em áreas problemáticas na assistência à saúde: identificar os pacientes corretamente; melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais da assistência; melhorar a segurança de medicações de alta vigilância; assegurar cirurgias com o local de intervenção correto procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas ao cuidado da saúde; reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de queda (BRASIL, 2013).

Diante dessa necessidade, em 2013, no Brasil, foi estabelecida a portaria ministerial 529/2013 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente que “propõe contribuir para qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional” (BRASIL, 2014).

Vale ainda enfatizar os números alarmantes no Brasil: em todo o sistema hospitalar do país, 54.760 mortes foram causadas pelos eventos adversos graves, das quais 36.170 poderiam ter sido evitadas, conforme dados do 2º Anuário (COUTO *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, os órgãos reguladores da Saúde no Brasil têm sido enfáticos para estabelecer as práticas seguras que garantam a qualidade no cuidado à saúde, considerando o alto risco e a exigência de alta confiabilidade. Entretanto, há um caminho a ser trilhado para a garantia da qualidade e da segurança no processo de

cuidado à saúde. Além disso, deve-se considerar que o erro humano são deslizos e que os comportamentos de risco percebidos como “pular etapas” são vistos como consequência de sucessivas falhas no processo, e por isso é preciso compreender como a cultura de segurança tem impactado positivamente nos sistemas de controle e barreiras do processo de cuidado de forma a garantir uma assistência à saúde de qualidade e com segurança (SOUZA, 2019).

A Classificação Internacional da Segurança do Paciente estabelece as diferenças entre risco, incidente, incidente sem lesão, *near miss*, uma circunstância notificável, evento adverso, dano e segurança do paciente. Estas definições, hoje, são norteadoras para se estabelecer uma cultura de segurança ao paciente (BRASIL, 2014). Para este estudo, é importante conceituar segurança do paciente, evento adverso e *near miss*. Portanto define-se como segurança do paciente “a diminuição ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”. Já evento adverso é “um incidente que resulta em dano ao paciente” e *near miss*, “incidente que não atingiu o paciente” (BRASIL 2014).

Neste sentido, é importante compreender como o conceito de cultura organizacional impacta diretamente no processo de implantação da cultura do paciente. À luz de Chiavenato (2008), cultura organizacional é entendida como o modo de se fazer as coisas, que serão ensinadas entre os colaboradores e os novos membros, que devem aprender e aceitar para se adaptarem e serem aceitos no grupo, ou seja, as normas informais são propulsoras das atitudes da equipe. Partindo desse conceito, a cultura de segurança somente será efetivada a partir do momento em que os colaboradores entenderem-na como prática comum do grupo. Sendo assim, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) definiu a cultura de segurança do paciente como um produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento de grupo e de indivíduos relacionados à segurança (ANDRADE *et al.*, 2018).

Vassem *et al.* (2017) definiram o conceito de cultura de segurança como resultado de percepções, atitudes e comportamentos dos indivíduos nas organizações e lembrou que o contexto organizacional pode modelar em termos de importância e probabilidade os comportamentos. Por isso, reforçaram as abordagens funcionalistas e interpretativas de Harvey *et al.* (2002) e Naevestad (2009), sendo a primeira concentrando-se no poder de transformação cultura nos gestores e dando enfoque ao compartilhamento de padrões de comportamento. A segunda, estruturada a partir da

interação dos membros da organização, por meio de compartilhamento de padrões de significados.

Desta forma, concluíram que a cultura de segurança é altamente relacionada à estrutura da organização e à natureza do trabalho em si e sugeriram que, a partir do conhecimento dos fatores da cultura de segurança, as organizações possam ter a possibilidade de analisar seu grau de amadurecimento na cultura da segurança e, com isso, construir estratégias de ação focadas nos aspectos que realmente impulsionam a sua evolução e proporcionam melhoria nos indicadores de segurança.

Portanto, é possível compreender que a cultura de segurança será efetivamente implementada a partir da inserção de sua prática como valor e atitudes definidas como habitual e comumente praticados pelo grupo, e conseqüentemente internalizadas na cultura organizacional (ANDRADE et. al, 2018).

Este conceito expande-se ao definirem que a cultura de segurança inclui profissionais do cuidado e gestores que assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela dos seus colegas, do paciente e familiar; que ela é priorizada acima de metas financeiras e operacionais; que ela encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança e ainda promove o aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes e proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2014).

A partir dos primeiros movimentos para estabelecer uma cultura de segurança, iniciou-se um importante processo de sua implantação e conseqüente desenvolvimento dos profissionais de saúde paralelo ao estabelecimento de protocolos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para nortear esta implantação. Percebe-se que as instituições de saúde têm se envolvido para atender às normas vigentes. Entretanto, estabelecer uma nova cultura organizacional é uma tarefa complexa, demanda esforços de vários atores e enseja pelo seu período de maturação, tendo em vista a sua amplitude conceitual, abrangendo desde aspectos individuais, normativos, motivacionais a aspectos financeiros (CHIAVENATO, 2008).

Essa temática descreve a importância de obter um olhar crítico sobre as falhas de segurança e suas lacunas para beneficiar pacientes, familiares e profissionais em prol de uma assistência segura e de qualidade. A literatura já contempla abordagens em relação à cultura de paciente (GOMES *et al.* 2016), à identificação de práticas seguras (WEGNER, 2017) e já se definiu um instrumento de avaliação da

implantação da cultura de segurança pelo instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), adaptado por Reis e Martins, 2012 (SORRA & NIEVA). Bião e Silva, Santa Rosa (2016), Notaro *et al.* (2019), Serrano *et al.* (2019), dentre outros autores, utilizaram este instrumento, identificando aspectos positivos e fragilidades no processo de implantação da cultura de paciente em instituições hospitalares. Recomenda-se que este instrumento seja aplicado em outros estabelecimentos de forma a validar a sua confiabilidade e consistência.

Há também estudos sobre a cultura de segurança focados na exploração do déficit da organização, comunicação e habilidades pessoais, bem como estudos que abordam a relação entre as atitudes de segurança e desempenho da equipe. Entretanto, ainda são pouco exploradas as temáticas acerca das crenças, atitudes e comportamentos de cada indivíduo que compõe as equipes, os quais são fatores determinantes para a efetivação de uma cultura de segurança, como também é pouco tratada a amplitude dos erros gerados no processo de cuidado e suas consequências para com os pacientes (PAESE; SASSO, 2013).

Assim, a presente pesquisa parte do pressuposto de que há aspectos do ponto de vista comportamental e organizacional a serem identificados e trabalhados que possam contribuir diretamente na efetivação de uma cultura de segurança e da compreensão dos fatores que levam aos erros, de forma a avançar no processo de prestação de um cuidado de qualidade ao paciente.

Ainda que a cultura de segurança do paciente seja um tema relativamente recente e discutido em âmbito teórico, ainda na literatura científica, encontram-se lacunas de como desenvolver uma cultura de segurança, e estudos que focalizem os desafios práticos dos gestores e profissionais da saúde, com proposta de intervenções nesta perspectiva.

Para tanto, espera-se que o conhecimento produzido com este estudo contribua na análise e compreensão do tema abordado, avaliando a implantação da cultura de segurança em um hospital filantrópico referência em atendimento de urgência e emergência. Com as considerações apresentadas, surgem as perguntas norteadoras: Existe uma cultura de segurança do paciente no hospital, cenário de pesquisa? Quais são as lacunas existentes para o desenvolvimento de uma cultura de segurança?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Analisar a cultura de segurança na óptica da equipe multiprofissional de um hospital filantrópico, em um município da zona da mata mineira.

3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil dos participantes;
- Conhecer as potencialidades e as fragilidades sobre a cultura de segurança, conforme as dimensões propostas no instrumento HSOPSC;
- Contribuir na avaliação do instrumento HSOPSC quanto a sua confiabilidade e consistência;
- Verificar se o tempo de serviço, profissão e área de ocupação impactam na avaliação da cultura de segurança;
- Conhecer o quantitativo de notificações registradas nos últimos 12 meses anteriores à aplicação do documento.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal e de abordagem quantitativa.

Entende-se que o estudo descritivo trabalha a observação, cujo propósito é registrar e descrever características de um fenômeno presente na população analisada. Recebe o nome de transversal por trabalhar a coleta de dados em um curto período de tempo e qualitativo por utilizar variáveis para análise de resultado do estudo (PEREIRA, 1995).

4.2. Local de Estudo

O estudo foi realizado em um Hospital Filantrópico, referência em atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de urgência e emergência, de médio porte, e possui referência pública como hospital captador de órgãos e oferece serviços de alta complexidade em cirurgias cardíacas, em neurocirurgias, no tratamento oftalmológico, oncológico, da Aids e na Nutrição Enteral e Parenteral, possui plano de saúde próprio e está localizado em um município da zona da mata mineira.

A instituição está entre os 17 melhores hospitais do estado de Minas Gerais. Foi o sétimo hospital do estado a ser credenciado pelo Ministério da Saúde para a realização de cirurgias cardiovasculares em pacientes do SUS (HAG, 2021).

Na busca da melhoria constante no atendimento e nos serviços ofertados, várias ações são executadas pela instituição, tendo em vista a continuidade e a otimização da qualidade e – em linhas gerais – a adequação para o Processo de Acreditação Hospitalar. Em 2005, foi iniciado o Planejamento Estratégico, via BSC – *Balance Scored Card*. Em 2006, foi implantado o Sistema de Gestão da Qualidade, com base no Programa SGQ:5S

– *Housekeeping*, proporcionando uma mudança de cultura voltada para os sentidos de utilização, ordenação, limpeza, asseio e autodisciplina, criando, deste modo, um ambiente de trabalho organizado para clientes e colaboradores. Com o Programa 5S, a Instituição conquistou certificações de qualidade: Top Quality Prata/2006; Top Quality Excelência/2007 e 2008; Top Quality Diamante/2009. Essas certificações foram creditadas pela MFC Consultoria e Educação Corporativa de Juiz de Fora/MG

(HAG 2021).

A instituição tem o compromisso com a sociedade na busca pela inovação, melhoria da estrutura tecnológica e capacitação dos profissionais. Em 2008, foram iniciadas as adequações da estrutura organizacional de acordo com as normas da NBRISO 9001. Em outubro de 2009, a instituição foi certificada pela ISO 9001:2008 pela DNV/Det Norensk Veritas LTDA, a partir de então, anualmente, são mantidos os processos para manutenção do certificado. O complexo hospitalar atende a população de 54 municípios que compõem a região Macro Leste do Sul, num total de 697 mil habitantes, sendo 57 mil em Ponte Nova (HAG 2021).

Atualmente, a instituição realiza em média 8.420 atendimentos mensais, incluindo urgências, internações, exames, eletivos e ambulatoriais. Possui a disponibilidade de 163 leitos de internações entre clínicos e cirúrgicos, além de 40 leitos para atendimentos de terapia intensiva. Com dados analisados do ano de 2020, identificam-se as médias: de taxa de permanência geral 4,31%, taxa de ocupação geral 61,92%, taxa de infecção hospitalar de 4,25% e uma taxa de mortalidade de 11,04% (HAG 2021).

4.3. População do estudo

A instituição hospitalar apresentava no quadro funcional o total de 500 colaboradores. A relação de colaboradores da Instituição foi disponibilizada pelo departamento de recursos humanos, com autorização prévia da direção, por meio de uma lista atualizada.

A instituição hospitalar apresentava no quadro funcional, o total de 500 colaboradores (assistentes administrativos, técnicos de enfermagem, grupo gestor, enfermeiros, serviço de nutrição, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, farmacêuticos, assistentes sociais, alta administração) (N = 500). A relação de colaboradores da Instituição foi disponibilizada pelo departamento de recursos humanos, com autorização prévia da direção, por meio de lista atualizada.

Do total de colaboradores, foram excluídos da pesquisa aqueles que estiveram no período da coleta de dados em férias, licença ou afastados, totalizando 30 colaboradores. Dos colaboradores disponíveis no momento da coleta de dados, sendo 470 colaboradores presentes na Instituição, foi utilizada uma amostra por conveniência, os participantes foram convidados aleatoriamente, participando um total

de 300 colaboradores e, destes, aceitaram participar do estudo, entregando o questionário dentro do prazo solicitado, 200 colaboradores, o que corresponde a 40% do total do quadro funcional ($n = 200$). Destes 200 questionários, 191 foram considerados válidos (devidamente preenchidos). Os demais foram invalidados (nove questionários) pois não foram preenchidos, apenas sendo entregues com a assinatura do participante ao termo de consentimento livre e esclarecido. Os 191 questionários válidos representam uma confiabilidade na pesquisa de 94%.

4.4. Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados, foi utilizado o *Hospital Survey On Patient Safety Culture* (HSOPSC), desenvolvido pela *Agency for Health Research and Quality*, traduzido para a língua portuguesa e validado por Reis *et al.* (2013).

O questionário trabalha nove sessões, com 42 itens, estruturados em 12 dimensões da cultura de segurança do paciente. As seções estão dispostas da letra A à I, a saber: A

– sua área/unidade de trabalho; B – seu supervisor/chefe; C – comunicação; D – frequência de eventos relatados; E – nota de segurança do paciente; F – seu hospital; G

– número de eventos relatados; H – informações gerais; I – seus comentários. Ele avalia o grau de concordância dos profissionais sobre a cultura de segurança através de escalade cinco pontos do tipo Likert, desta forma, na maioria das questões, o respondente pode optar por uma das alternativas a seguir: discorda totalmente (1), discordo (2), não concordo/ nem discordo (3), concordo (4), concordo totalmente (5). Outros itens utilizam uma escala de cinco pontos de frequência: nunca (1), raramente (2), às vezes (3), quase sempre (4), sempre (5). Uma das questões oferece opção de respostas como excelente, muito boa, regular, ruim, muito ruim para qualificar a segurança do paciente. Também existe o questionamento se o respondente tem contato ou interação com os pacientes, dando as opções de escolha entre sim e não.

O questionário trabalha as dimensões de cultura de segurança em carácter individual, das unidades e no âmbito hospitalar. Ele proporciona a observação de influências que atuam na cultura de segurança da Instituição, quais as suas diferenças entre os variados níveis de gestão, sendo seu tempo máximo de preenchimento pelo

respondente de apenas 10 minutos.

Seguem abaixo as dimensões mensuráveis pelo instrumento, cuja finalidade é auxiliar o entendimento sobre a avaliação da cultura de segurança do paciente, segundo Reis *et al.* (2013).

Quadro 1 - Descrição das dimensões de avaliação da cultura de segurança conforme o HSOPSC.

1- Trabalho em equipe dentro das unidades.	Avalia se há apoio, respeito e trabalho em equipe no dia a dia de trabalho dos profissionais e entre eles.
2- Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes.	Avalia consideração por parte dos gerentes e supervisores sobre as sugestões dadas pelos profissionais a fim de melhorar a segurança do paciente.
3- Aprendizado organizacional e melhoria contínua.	Avalia o aprendizado a partir de erros que resultem em mudanças positivas e a efetividade das mudanças ocorridas.
4-Feedback e comunicação sobre os erros.	Avalia a ocorrência das notificações quando erros ocorrem, as medidas implementadas e a discussão de estratégias que bem implementadas previnam erros futuros.
5-Abertura para comunicação.	Avalia a comunicação livremente entre os profissionais sobre erros que podem afetar os pacientes, e sobre a sensação de liberdade para realizar questionamentos aos profissionais com mais autoridade.
6-Quadro de funcionários.	Avalia a capacidade dos profissionais em lidar com sua carga de trabalho, e a adequação dessas horas para o fornecimento de um melhor atendimento aos pacientes.
7-Resposta não punitiva ao erro.	Avalia o sentimento dos profissionais sobre os erros por eles cometidos, se eles pensam que seus erros possam ser utilizados contra eles e registrados em suas fichas funcionais.
8-Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente.	Avalia se há um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e a aponta como prioridade, proporcionados pela administração e gestão do hospital. continua

9-Trabalho em equipe entre as unidades.	Avalia a cooperação entre as unidades e coordenação entre elas a fim de promover para os pacientes cuidados com qualidade.
10-Transferências internas e passagens de plantão.	Avalia a transferência de informações relevantes sobre os pacientes entre as unidades do hospital.
11-Percepção geral da segurança do paciente.	Avalia os sistemas e procedimentos que existem nas instituições de saúde a fim de evitar que erros ocorram, e também consequentes problemas de segurança do paciente.
12- Frequência de eventos notificados.	Trata-se do relato de eventos notificados, de problemas possíveis sobre a segurança do paciente, erros identificados e corrigidos antes que afetem os pacientes.

Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

4.5. Coleta de dados

A coleta de dados foi iniciada no mês de outubro de 2020 e finalizada em janeiro de 2021, com aplicação do questionário HSOPSC. A abordagem aos participantes foi realizada de forma individual e presencialmente, com visitas aos setores de trabalho de cada participante, durante plantões diurnos e noturnos. Os colaboradores foram orientados sobre o objetivo da pesquisa e quais expectativas de resultados para a instituição. Devido ao cenário bastante crítico da pandemia da COVID-19, o contato com vários colaboradores não foi possível de acontecer, pois, neste período, existiu um aumento significativo de solicitações de demissões e afastamentos devido ao índice de contaminação pela COVID-19. Diante desse cenário crítico, existiu a redução de mão de obra e aumento do fluxo de trabalho, principalmente aos colaboradores de linha de frente, (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), dificultando a abordagem de tais profissionais para a conclusão da pesquisa.

Foram entregues aos participantes o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), em duas vias, onde uma via seria posse do pesquisador e a outra do colaborador respondente. Em seguida, foi entregue a cópia do questionário, sem identificação ao participante.

4.6. Tratamento e análise dos dados

Os questionários respondidos foram organizados em sequência numérica (1,2,3...) e inseridos em planilha com o programa Microsoft Excel for Windows 2010, sendo nomeados de questionário e, em seguida, o número correspondente ao mesmo, seguindo uma ordem crescente. Após organização dos dados em Excel, foi feita a análise descritiva dos dados. Para a análise descritiva do instrumento e avaliação da cultura de segurança, foi analisado o percentual de respostas positivas, que representa uma postura positiva em relação à cultura de segurança do paciente.

As variáveis foram analisadas a partir de análise descritiva, e os resultados, apresentados como números absolutos e percentuais em forma de tabelas e gráficos. O quadro abaixo descreve os valores de referência para classificação das dimensões conforme orientação do instrumento HSOPSC. (PROQUALIS/ ICICT/ FIOCRUZ, 2019).

Quadro 2 - Valores de referências para classificações das dimensões de avaliação da cultura de segurança de acordo com HSOPSC.

Área de Força para a segurança do paciente. Cultura Fortalecida	Área Neutra para a segurança do paciente Cultura pode ser trabalhada.	Área com potencial de Melhorias. Cultura Fragilidade.
Mais de 75% dos entrevistados responderam positivamente.	Respostas positivas maiores que 50% e inferior a 75%.	Respostas positivas iguais ou menores que 50%.

Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

Os dados dos questionários respondidos foram lançados em planilha de Excel Windows 2010, sendo nomeados (Anexo- Questionário I) em ordem crescente contemplando até o questionário de número 200. Foram utilizadas frequências e porcentagens simples para tratamento dos dados.

Assim como estabelecido em HSOPC, foi definida a confiabilidade das dimensões do questionário quando o Coeficiente alfa de Cronbach for igual ou superior a 0,6 ($\alpha \geq 0,6$).

O coeficiente alfa de Cronbach é um teste estatístico que busca avaliar a confiabilidade de um questionário em uma pesquisa e pode ser mensurado pela Equação 1 (Eq. 1) (BLAND & ALTMAN, 1997). O coeficiente alfa foi desenvolvido em

1951 por Lee J. Cronbach como uma forma de expressar a consistência interna dos itens presentes em um questionário (CRONBACH, 2001). De maneira geral, o teste descreve se os itens em um questionário medem o mesmo conceito dentro de um construto (dimensões), ou seja, a interrelação dos itens presentes nas dimensões do questionário. O Coeficiente alfa de Cronbach normalmente apresenta variação de 0 a 1, sendo o valor 1 a máxima correlação entre os itens de uma dimensão do questionário. Apesar de pouco comum, o teste pode apresentar valores negativos quando os itens presentes no questionário são negativamente correlacionados (TAVAKOL & DENNICK, 2001).

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_T^2} \right] \quad \text{Eq. 1}$$

Em que: α é Coeficiente alfa de Cronbach; K é o total de itens presentes no questionário; σ_i^2 é a variância do item i para o questionário; σ_T^2 é a variância das pontuações totais observadas.

Para a aplicação do Coeficiente Alfa de Cronbach, foi necessário assumir dois pressupostos, de forma a estabelecer a máxima confiabilidade do teste.

- O questionário é dividido em dimensões, com consistência interna homogênea, ou seja, os itens presentes internamente nas dimensões do questionário tratavam de um mesmo conceito.
- População heterogênea. Nesse estudo, os questionários foram aplicados a uma população amostral heterogênea e aleatória de colaboradores presentes no quadro funcional da instituição hospitalar, como pode ser observado no tópico 4.3 da metodologia.

De forma complementar, neste estudo, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson (Eq. 2) para avaliar o resultado do cruzamento das dimensões consideradas frágeis com os seguintes itens abordados nos questionários: Tempo de trabalho no hospital; profissão; ocupação. O teste qui-quadrado de Pearson é adequado para comparar a homogeneidade de variáveis categóricas (LANCASTER; SENETA, 2005).

$$X^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(A_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} \quad \text{Eq. 2}$$

Para esse teste, assumiu-se como hipótese nula (H_0) que as respostas positivas e negativas das dimensões consideradas frágeis são homogêneas em relação aos itens abordados nos questionários; como a hipótese alternativa (H_1), assumiu-se que as dimensões consideradas frágeis são diferentes em relação aos

itens abordados nos questionários.

4.7. Aspectos Éticos

O presente estudo foi realizado após a aprovação do CEP/UFV, inscrito sobre o Parecer nº 3.847.747 (Anexo A), sendo respeitados os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). Os participantes foram convidados a participar e foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, assim como a manutenção do anonimato e do direito de participarem ou não da mesma, assinando TCLE (Apêndice 1). Todos os materiais produzidos através da coleta dados dessa pesquisa serão utilizados exclusivamente para fins científicos, entre eles uma dissertação no Programa do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, além do envio para congressos e periódicos científicos da área da saúde.

Os resultados da pesquisa serão apresentados aos participantes do estudo e à gestão hospitalar, cenário do estudo, a fim de contribuir e orientar na melhoria da cultura de segurança. Salienta-se que todos os aspectos éticos foram respeitados.

5. RESULTADOS

Participaram do estudo 191 profissionais, com uma amostra predominantemente de profissionais jovens, do sexo feminino, com (53,4%) deles em cargos administrativos. A maioria tem mais de cinco anos de formado e de trabalho na instituição; a maioria com (36,6%) com ensino médio completo, seguido por (20,9%) de graduados com especialização. O total de (60,5%) dos colaboradores mantêm contato direto com pacientes, (33,5%) responderam que não possuem contato direto e (6%) dos participantes deixaram de responder. Os colaboradores que participaram do estudo estavam alocados nas seguintes ocupações: assistentes administrativos (53,4%), técnicos de enfermagem (12,6%), grupo gestor (7,3%), enfermeiros (6,3%), serviço de nutrição (5,8%), fisioterapeutas/fonoaudiólogos (3,7%), médicos (3,1%), farmacêuticos (3,6%), assistentes sociais (1,6%), alta administração (2,1%), conforme detalhes da caracterização dos participantes na Tabela 1.

Tabela 1– Caracterização dos participantes da pesquisa segundo variáveis sociodemográficas. PonteNova, Brasil, MG, 2021.

Variáveis	N = (191)	%
Sexo		
Feminino	140	73,3
Masculino	47	24,6
Deixaram de responder	4	2,1
Idade		
Até 19 anos	1	0,5
20 a 29 anos	67	35,1
30 a 39 anos	70	36,6
40 a 49 anos	32	16,8
50 a 59 anos	7	3,7
60 a 69 anos	7	3,7
Deixaram de responder	7	3,7
Categoria profissional		
Médico	6	3,1
Enfermeiro	12	6,3
Técnico de enfermagem	24	12,6
Farmacêutico	5	2,6
Auxiliar de farmácia	2	1,0
Fisioterapeuta/Fonoaudiólogo	7	3,7
Assistente social	3	1,6
Alta Administração	4	2,1
Grupo gestor	14	7,3
Auxiliar administrativo	102	53,4
Serviço de Nutrição	11	5,8%
Deixaram de responder	1	0,5
Tempo de trabalho na profissão		
Menos de 1 ano	5	2,6
1 a 5 anos	71	37,2
6 a 10 anos	60	31,4
11 a 15 anos	21	11,0
16 a 20 anos	4	2,1
21 anos ou mais	11	5,8
Deixaram de responder	19	9,9
Área ou Unidade ocupada		
A - Diversas Unidades*	15	7,9
B – Clínica	11	5,8
C – Cirúrgica	8	4,2
D – Obstetrícia	0	0,0
E – Pediatria	0	0,0
F – Emergência	11	5,8
G - Terapia Intensiva	1	0,5

continua

	continuação	
H – Psiquiatria	0	0,0
I – Reabilitação	4	2,1
J – Farmácia	7	3,7
K – Laboratório	3	1,6
L – Radiologia	3	1,6
M – Anestesiologia	0	0,0
N – Outra *	128	67,0
Grau de escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	2	1,0
Ensino fundamental completo	6	3,1
Ensino médio incompleto	70	36,6
Ensino médio completo	3	1,6
Ensino superior incompleto	27	14,1
Ensino superior completo	32	16,8
Especialização	40	20,9
Mestrado/doutorado	3	1,6
Deixaram de responder	8	4,2
Tempo de trabalho no hospital		
Menos de 1 ano	23	12,0
1 a 5 anos	71	37,2
6 a 10 anos	60	31,4
11 a 15 anos	21	11,0
16 a 20 anos	4	2,1
21 anos ou mais	11	5,8
Deixaram de responder	1	0,5
Tempo de trabalho na unidade		
Menos de 1 ano	27	14,1
1 a 5 anos	92	48,2
6 a 10 anos	47	24,6
11 a 15 anos	13	6,8
16 a 20 anos	6	3,1
21 anos ou mais	3	1,6
Deixaram de responder	3	1,6

*colaboradores atuam em várias unidades na instituição.

Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

A tabela 2 representa a distribuição dos resultados obtidos na aplicação dos coeficientes Alpha de Cronbach a cada uma das dimensões. A confiabilidade das dimensões foi comparada com os resultados do HSOPC original que definiu como aceitável alfa $\geq 0,60$.

Das 12 dimensões analisadas, 60% obtiveram alfa $\geq 0,60$, conforme representado na tabela abaixo:

Tabela 2 – Distribuição dos resultados obtidos na aplicação dos coeficientes Alpha de Cronbach. Ponte Nova, Brasil, MG 2021.

Dimensões Analisadas	Valor de Alpha
Dimensão 1	0,68
Dimensão 2	0,74
Dimensão 3	0,44
Dimensão 4	0,63
Dimensão 5	0,60
Dimensão 6	0,42
Dimensão 7	0,31
Dimensão 8	0,63
Dimensão 9	0,59
Dimensão 10	0,67
Dimensão 11	0,52
Dimensão 12	0,81

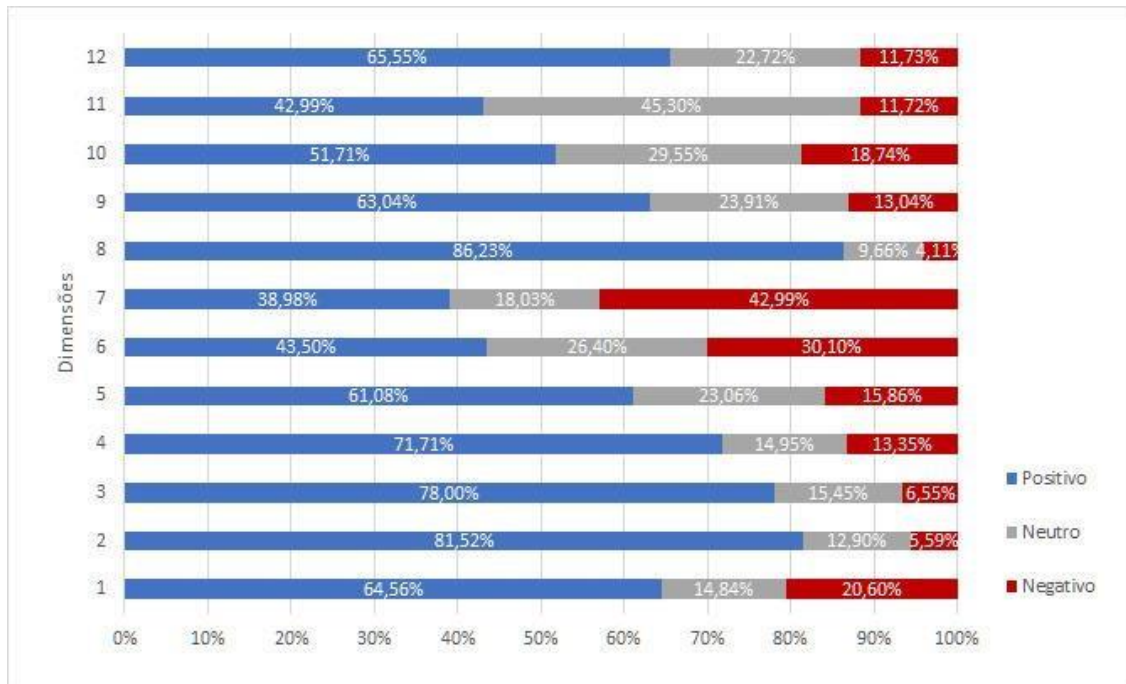
Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

Considerando os 42 itens sobre segurança do paciente que constavam no instrumento HSOPSC, obteve-se um total de 5.029 respostas positivas (60,82%), 1.881 respostas neutras (22,75%) e 1.359 respostas negativas (16,43%). Os itens foram agrupados, formando, assim, as 12 dimensões. Dessa maneira, obtiveram-se as médias percentuais de respostas positivas, negativas e neutras de cada dimensão conforme a Figura 1. Destacam-se as dimensões frágeis: 6, 7 e 11 por apresentarem resultados inferiores a (50%) em respostas positivas. As dimensões que atingiram (75%) foram: 8, 2, 3, respectivamente: Apoio da Gestão Hospitalar para a segurança do paciente (86,2%), expectativa de ações do supervisor e da chefia (81,5%), aprendizado organizacional/ melhoria contínua (78%).

A partir do teste qui-quadrado (χ^2) do cruzamento entre as “respostas positivas” e o “número de notificações”, foi possível observar que há heterogeneidade na dimensão número 7 (p valor < 0,05). As demais dimensões consideradas frágeis (6, 7 e 11) tiveram suas repostas positivas e negativas cruzadas com o tempo de trabalho no hospital. Em todas as dimensões, a hipótese alternativa foi refutada. Logo, o tempo de trabalho no hospital não exerce influência tanto nas respostas negativas quanto positivas das dimensões consideradas frágeis (p valor > 0,05). Da mesma forma, não foi encontrada heterogeneidade entre as respostas das dimensões e a profissão ou área de atuação dos indivíduos na instituição hospitalar.

A seguir, a apresentação dos resultados localizados pelo estudo em cada dimensão do instrumento, destacando-se os itens com maior frequência de respostas positivas como detalha a figura 1 abaixo.

Figura 1- Percentual de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente em hospital filantrópico da zona da mata mineira – 2021.



Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

5.1. Dimensão 1- Trabalho em equipe dentro das unidades.

Os resultados da variável A1 “Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras”, demonstram apoio entre os profissionais, onde (17,4 %) dos profissionais concordaram totalmente com a colocação, (52,4%) concordaram e apenas (6,5%) discordaram.

Quanto ao respeito existente dentro da unidade, as respostas da variável A4 “Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito”, os resultados são positivos com (30,6%) concordando totalmente e (49,2%) concordando, e apenas (2,6%) discordando.

Os resultados apontam demonstração de união da equipe em situações de crise: a análise da variável A3 “Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente” indica que (82,0%) concordam, (11,6%) têm opinião neutra e (6,3%) discordam, sendo que nenhum demonstrou discordar totalmente. Da mesma forma, a variável A11 “Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam” resultou em (67,9%) de respostas positivas, (16,5%) neutras e (15,5%) de respostas negativas, como detalham os dados na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. “Trabalho em equipe dentro das unidades”.

Variável	DT		D		ND		C		CT	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras.	0	0,0	12	6,6	43	23,5	96	52,5	32	17,5
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	0	0,0	12	6,3	22	11,6	106	56,1	49	25,9
A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	0	0,0	5	2,6	33	17,5	93	49,2	58	30,7
A11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam	8	4,3	21	11,2	31	16,6	93	49,7	34	18,2

DT = Discordo totalmente, D = discordo, ND = não concordo ou discordo C = concordo, CT = concordo totalmente.

Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

5.2. Dimensão 2 - Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/ gerentes.

Os resultados da variável B1 “O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente”, obteve (82,4%) de concordância e apenas (5,3%) de discordância. Já na variável B2 “O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente”, obteve 82,5% de respostas concordantes e 3,7% de respostas negativas.

Para as variáveis B3, “Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas” e B4 “O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente”, devido à forma como as frases foram formuladas, consideraram-se como resultados positivos as discordâncias, e negativos as concordâncias. Assim, para o primeiro, obtiveram-se (73,9%) de respostas positivas e (9,5%) de respostas negativas, e para o segundo, (87,1%) e (3,7%), respectivamente, como detalha os dados da tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes”.

Variável	DT		D		ND		C		CT	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	1	0,5	9	4,8	23	12,2	96	51,1	59	31,4
B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	0	0,0	7	3,7	26	13,8	104	55,0	52	27,5
B3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	48	25,5	91	48,4	31	16,5	16	8,5	2	1,1
B4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	84	44,9	79	42,2	17	9,1	6	3,2	1	0,5

DT = Discordo totalmente, D = discordo, ND = não concordo ou discordo, C = concordo, CT = concordo totalmente.

Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

5.3. Dimensão 3 Aprendizado organizacional/melhoria contínua

Os resultados da variável A6, sobre a “Percepção da melhoria contínua de segurança”, “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”, resultou em (38,7%) de concordância forte, (51,6%) de concordância e apenas (2,1%) de discordância, não havendo nenhuma discordância forte.

Uma vez implementadas as mudanças para melhoria, o consenso é de que são efetuadas avaliações de efetividade destas, conforme a variável A13, 77,6% das pessoas concordaram, e apenas 5,0% discordaram.

Por último, há também a percepção de que erros acabam levando a mudanças positivas, conforme a variável A9: (65,9%) concordam e (12,4%) discordam da colocação. Como detalham os dados da tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. “Aprendizado organizacional/ melhoria contínua”

Variável	DT		D		ND		C		CT	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	0	0,00	4	2,15	14	7,5	96	51,6	72	38,7
A9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	7	3,78	16	8,65	40	21,6	106	57,3	16	8,6
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	0	0,00	9	5,03	31	17,3	108	60,3	31	17,3

DT = Discordo totalmente, D = discordo, ND = não concordo ou discordo, C = concordo, CT = concordo totalmente.

Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

5.4. Dimensão 4 - Feedback e comunicação sobre erros

Com relação ao feedback e comunicação sobre erros dentro da unidade, houve uma percepção positiva, com (59,4%) de respostas concordantes e (21,6%) negativas quanto à variável C1, “Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos”. Com relação à variável C2 “Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade”, (21,9%) concordaram totalmente, (43,3%) concordaram, (10,1%) discordaram, (5,3%) discordaram totalmente e (19,2%) não concordaram ou discordaram.

Quanto à variável C5, “Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente”, as respostas foram predominantemente concordantes, com (30,5%) concordando fortemente, (59,4%) concordando e apenas (3,1%) discordando. Como detalha a Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. “Feedback e comunicação sobre erros”

Variável	DT		D		ND		C		CT	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	9	4,9	31	16,8	35	18,9	75	40,5	35	18,9
C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	10	5,3	19	10,2	36	19,3	81	43,3	41	21,9
C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	2	1,1	4	2,1	13	6,8	113	59,5	58	30,5

DT = Discordo totalmente, D = discordo, ND = não concordo ou discordo, C = concordo, CT = concordo totalmente.

Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

5.5. Dimensão 5 - Abertura para comunicação

Os resultados dessa dimensão demonstram uma percepção de liberdade de comunicação dentro da unidade, com resultados da variável C2, “Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente”, obtendo (86,4%) de respostas concordantes e apenas (1,7%) discordantes.

Já a variável C4 “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores” obteve respostas mais divididas, com (46%) concordantes, (22,8%) discordando e (31,2%) mantendo-se neutros.

A variável C6 “Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo”, por sua vez, demonstrou uma tendência maior para o lado positivo: (52,4%) discordaram da afirmação, (22,2%) concordaram e (25,4%) mantiveram-se neutros. Como detalha a Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. “Abertura para comunicação”

Variável	DT		D		ND		C		CT	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
C2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	2	1,1	1	0,6	21	11,9	99	55,9	54	30,5
C4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	16	8,5	27	14,3	59	31,2	67	35,4	20	10,6
C6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	34	18,0	65	34,4	48	25,4	36	19,0	6	3,2

DT = Discordo totalmente, D = discordo, ND = não concordo ou discordo, C = concordo, CT = concordo totalmente.

Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

5.6. Dimensão 6 - Quadro de funcionários

A análise da variável A2, “Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho”, resultou em (54,1%) de respostas concordantes, (19,7%) de respostas neutras e (26,2%) de respostas discordantes, indicando uma percepção favorável, porém dividida. Já a variável A5R “Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente” foi concordado por (33,5%) das respostas e discordado por (32,4%), com (34,1%) mantendo-se neutros. Percebe-se, portanto, grande divisão, com os três grupos com porcentagens quase iguais entre si. A variável A7R, “Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente”, obteve (19,4%) de respostas concordantes, (61,9%) de respostas discordantes e (18,8%) neutras, indicando predominância da opinião contrária ao estabelecido pelo item.

Por último, a variável A14R, “Nós trabalhamos em ‘situação de crise’, tentando fazer muito e muito rápido”, também teve recepção dividida, com (33%) das respostas tendo sido neutras, (41,2%) concordantes e (25,8%) discordantes. Como detalha a Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. "Quadro de Funcionários"

Variável	DT		D		ND		C		CT	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	11	6,0	37	20,2	36	19,7	76	41,5	23	12,6
A5R. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	7	3,8	53	28,6	63	34,1	43	23,2	19	10,3
A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	32	17,7	80	44,2	34	18,8	26	14,4	9	5,0
A14R. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	10	5,5	37	20,3	60	33,0	63	34,6	12	6,6

DT = Discordo totalmente, D = discordo, ND = não concordo ou discordo C = concordo, CT = concordo totalmente.

Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

5.7. Dimensão 7 - Resposta não punitiva ao erro

Os resultados apontam certa preocupação dos indivíduos quanto à responsabilização em caso de erros cometidos dentro das unidades.

Na variável A8R, "Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles", (29,6%) discordaram da afirmação, (22,3%) declararam-se neutros e (48%) concordaram. Já na variável A12R, "Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema", (42,1%) foram contrários, (18,6%) não concordaram ou discordaram e (36,3%) mostraram-se concordantes.

Por último, na variável A16R, "Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais", apenas (12,3%) disseram não se preocupar, enquanto (64,7%) afirmaram preocupação, tornando-se concordantes, e (23%) mantiveram-se neutros. Como detalha a Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. "Resposta não punitiva ao erro"

Variável	DT		D		ND		C		CT
	N	%	N	%	N	%	N	%	%
A8R. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	13	7,3	40	22,3	40	22,3	70	39,1	8,9
A12R. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	22	12,0	55	30,1	34	18,6	61	33,3	6,0
A16R. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	2	1,1	21	11,2	43	23,0	100	53,5	11,2

DT = Discordo totalmente, D = discordo, ND = não concordo ou discordo, C = concordo, CT = concordo totalmente.

Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

5.8. Dimensão 8 - Apoio da Gestão Hospitalar para a segurança do paciente

Os resultados mostram uma percepção geral, quanto ao apoio da gestão à segurança do paciente, predominantemente positiva, indicando confiança das unidades no suporte administrativo quando necessário: a variável F1, "A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente", obteve (89,9%) de respostas concordantes, com apenas (3,2%) negativas e (6,9%) neutras.

Similarmente, a variável F8 "As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal" obteve (90,4%) de respostas concordantes, (2,1%) negativas e (7,5%) neutras.

A variável F9R "A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso", finalmente, foi discordada por (78,3%) dos indivíduos e concordada por apenas (7%), tendo (14,7%) se declarado neutros. Como detalha a Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. "Apoio da Gestão Hospitalar para a segurança do paciente".

Item	DT		D		ND		C		CT	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	2	1,1	4	2,1	13	6,9	125	66,1	45	23,8
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	1	0,5	3	1,6	14	7,5	100	53,8	68	36,6
F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	53	28,8	91	49,5	27	14,7	10	5,4	3	1,6

Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

5.9. Dimensão 9 - Trabalho em equipe entre as unidades

Quanto ao trabalho em equipe entre as unidades, os resultados mostram uma tendência positiva na percepção dos indivíduos, apesar do número elevado de respostas neutras. Na variável F2R, "As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si", houve (64,7%) de respostas positivas (discordantes) contra apenas (15,5%) negativas (concordantes), além de (19,8%) neutras.

A variável F4R, "Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto", resultou em (48,9%) de respostas positivas/concordantes, (40,1%) de respostas neutras e (10,9%) de respostas negativas, indicando certa indecisão em grande parte dos indivíduos.

A percepção da variável F6R, "Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital", foi de (57,6%) de discordância, (18,5%) de concordância e (23,9%) de imparcialidade.

Quanto à variável F10R "As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes", apenas (6,5%) discordaram e (15,9%) declararam-se neutros, com (77,5%) respondendo positivamente à afirmação. Como detalha a Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. "Trabalho em equipe entre as unidades"

Variável	DT		D		ND		C		CT	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	21	11,2	100	53,5	37	19,8	24	12,8	5	2,7
F4R. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	4	2,9	11	8,0	55	40,1	52	38,0	15	10,9
F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	16	8,7	90	48,9	44	23,9	25	13,6	9	4,9
F10R. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	1	0,5	11	6,0	29	15,9	99	54,4	42	23,1

DT = Discordo totalmente, D = discordo, ND = não concordo ou discordo, C = concordo, CT = concordo totalmente.

Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

5.10. Dimensão 10 - Transferências Internas e passagens de plantão

Essa dimensão, relativa a transferências internas de pacientes e passagens de plantão, é uma das dimensões que não alcançou 75% de respostas positivas, portanto, é uma dimensão caracterizada como possibilidade de melhoria (índice superior a 50%).

A variável F3R, "O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra", obteve (30,2%) de respostas concordantes (negativas), (19,2%) de respostas neutras e (50,5%) discordantes (positivas).

A variável F5R, "É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno", resultou em (17,9%) de respostas afirmativas (negativas), enquanto (32,1%) declararam-se neutros e (50%) discordaram.

Já na variável F7R "Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital", (20,3%) disseram ser este o caso, (41,8%) discordaram da afirmativa e (37,9%) mantiveram-se imparciais.

E por último, na variável 11 "Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes", (64,5%) dos indivíduos foram contrários à proposição, (6,5%) concordantes e (29%) não expressaram opinião, como detalha a Tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. "Transferências Internas e passagens de plantão"

Variável	DT		D		ND		C		CT	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	17	9,3	75	41,2	35	19,2	45	24,7	10	5,5
F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	14	7,6	78	42,4	59	32,1	31	16,8	2	1,1
F7R. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	10	5,5	66	36,3	69	37,9	32	17,6	5	2,7
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	30	16,4	88	48,1	53	29,0	11	6,0	1	0,5

DT = Discordo totalmente, D = discordo, ND = não concordo ou discordo, C = concordo, CT = concordo totalmente.

Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

5.11. Dimensão 11 - Percepção geral de segurança do paciente

Quanto à percepção de segurança do paciente dentro da unidade, as respostas, na sua maioria, foram positivas/ concordantes, não havendo em nenhum caso índice positivo inferior a (50%).

Na variável A10R, "É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui", (62,9%) dos indivíduos discordaram da afirmativa, (19,6%) não concordaram ou discordaram e (17,9%) concordaram. Já na variável A15R "A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída", (24,7%) foram contrários, (20,9%) disseram-se neutros e (53,5%) concordantes com o proposto.

A variável A17R "Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente", por sua vez, obteve (62,2%) de discordância, (20%) de respostas imparciais e (17,8%) de concordâncias.

Por último, a variável A18R "Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros" foi a que obteve maior índice de respostas positivas/concordantes: (74,3%) das respostas concordaram com a afirmação, (18,2%) foram neutras e apenas (7,5%) foram contrários. Como detalha a Tabela 13.

Tabela 13 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. "Percepção geral de segurança do paciente"

Variável	DT		D		ND		C		CT	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A10R. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	40	22,3	72	40,2	35	19,6	29	16,2	3	1,7
A15R. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	8	4,3	40	21,4	39	20,9	69	36,9	31	16,6
A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	42	22,7	73	39,5	37	20,0	32	17,3	1	0,5
A18R Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir ocorrência de erros	2	1,1	12	6,4	34	18,2	105	56,1	34	18,2

DT = Discordo totalmente, D = discordo, ND = não concordo ou discordo, C = concordo, CT = concordo totalmente.

Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

5.12. Dimensão 12 - Frequência de eventos notificados

Em relação à frequência de notificação de eventos, percebeu-se uma proporção consideravelmente baixa de respostas negativas, não chegando a (20%) em nenhum dos itens. As respostas neutras mantiveram-se por volta de (20-25%), e as positivas foram predominantes, tendo todas sido superiores a (60%).

A análise da variável D1, "Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?", resultou em (65%) afirmando que a notificação é feita sempre ou quase sempre, (25,6%) afirmando que é feita às vezes e (9,4%) que nunca ou quase nunca se notifica.

Já a variável D2, "Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?", resultou em (61,4%) de respostas "sempre" ou "quase sempre", (22,9%) de respostas "às vezes" e (15,6%) de respostas "nunca" ou "quase nunca".

Finalmente, a variável D3, "Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?", teve respostas positivas de (70,2%) dos indivíduos, neutras de (19,7%) e negativas de (10,1%) deles. Como detalha a Tabela 14.

Tabela 14 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente. "Frequência de eventos notificados"

Variável	N		R		AV		QS		S	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
D1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?	2	1,1	15	8,3	46	25,6	51	28,3	66	36,7
D2-Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	7	3,9	21	11,7	41	22,9	38	21,2	72	40,2
D3- Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	3	1,7	15	8,4	35	19,7	38	21,3	87	48,9

DT = Discordo totalmente, D = discordo, ND = não concordo ou discordo, C = concordo, CT = concordo totalmente.

Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

Em relação à percepção da segurança do paciente, conforme sua área de atuação, os resultados mostraram a prevalência em (48,5%) como muito boa, a seguir com (25%) a opção excelente, com (12%) a opção regular e com (1%) a opção ruim e (13,5%) dos participantes não se manifestaram.

Em relação à notificação de eventos adversos nos últimos 12 meses, um percentual de (64%) informou não registrar nenhum tipo de evento, o que chamou atenção aos resultados, os demais em registros abaixo, também em percentuais pequenos de registros.

Tabela 15 - Notificação de eventos nos últimos 12 meses

	N	%
Nenhuma	128	64
1 A 2 Notificações	21	10,5
3 A 5 Notificações	16	8
6 A 10 Notificações	6	3
11 A 20 Notificações	3	1,5
21 Notificações ou mais	2	1
Deixaram de responder	14	7

Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

As dimensões que apresentaram maior índice de respostas positivas foram (D8, D2, D3) Apoio da Gestão Hospitalar para a segurança do paciente, expectativa de ações do supervisor e da chefia, aprendizado organizacional/ melhoria contínua. As dimensões com menores índices de respostas positivas foram (D7, D6, D11): respostas não punitivas aos erros, quadro de funcionários, percepção geral de segurança do paciente, adequação de profissionais. Os pontos que necessitam de melhoria foram relacionados às dimensões (D4, D1, D9, D12, D5, D10): Feedback e comunicação sobre os erros, trabalho em equipe dentro das unidades, frequência de eventos notificados, trabalho em equipe entre as unidades, abertura de comunicação, transferências internas e passagens de plantão. Para ordem de apresentação das dimensões, analisamos os percentuais, iniciando sempre pela dimensão de maior índice.

6. DISCUSSÃO

Conforme proposto por Reis *et al.* (2017), para testar a confiabilidade do instrumento HSOPC, foi utilizado o coeficiente de Alfa de Cronbach, definindo como resultados aceitáveis alfa $\geq 0,60$. A confiabilidade de moderada a forte foi identificada em 60% das dimensões, reforçando a relevância do instrumento para avaliação da cultura da segurança ao paciente em estabelecimentos de saúde. Ressalta-se que Serrano *et al.* (2019) encontraram em 50% das dimensões variações de 0,62 a 0,84. Tomazoni *et al.* (2014) encontraram confiabilidade moderada a forte em 75% das dimensões.

Assim como as instituições consideradas perigosas em seu processo de trabalho, os estabelecimentos de saúde possuem características semelhantes diante da sua complexidade e perfil da atividade. Por isso, implementar instrumentos que avaliem a confiabilidade e o grau de implantação de uma cultura de segurança torna-se requisito primordial, sob a perspectiva de três imperativos que se sustentam mutuamente: confiança, notificação/relato e busca por melhoria contínua dos processos (CARVALHO, FERRAZ E SANTO, 2014).

Os participantes do estudo atribuíram notas excelente (25%) e muito boa (48,5%) à segurança do paciente. O escore geral de respostas positivas de avaliação da cultura de segurança foi de 60,82%. As recomendações do instrumento HSOPC, um percentual superior ou igual a 75% em cada dimensão avaliada, sugere uma cultura de segurança fortalecida. Um percentual menor ou igual a 50%, há indicação de dimensão de uma cultura de segurança fragilizada. Neste estudo, foi observado, em 25% das dimensões, um escore acima de 75%, superior a outros estudos, com índices inferiores a 75% (Serrano *et al.*, 2019; Tomazoni *et al.*, 2014; Mello; Barbosa, 2017).

Dentre as 12 dimensões avaliadas, destacaram-se com melhores resultados, as dimensões 8, 2, 3 respectivamente: Apoio da Gestão Hospitalar para a segurança do paciente (86,2%), expectativa de ações do supervisor e da chefia (81,5%), aprendizado organizacional/ melhoria contínua (78%). Estas dimensões fazem referência aos aspectos organizacionais, de gestão e de engajamento das equipes para estabelecer uma cultura de segurança, apresentando-se de forma positiva para a instituição, partindo da premissa de que estas dimensões são fundamentais para iniciar e manter uma cultura de segurança institucional (FUSARI *et al.*, 2021).

Os resultados apontam o comprometimento por parte da instituição e seus colaboradores em buscar qualidade e segurança do paciente, cumprir e fazer cumprir normas e orientações da ANVISA, e aspectos normativos propostos pelo Programa Nacional Segurança do Paciente para repensar os processos assistenciais diante de riscos e possíveis erros (BRASIL, 2014).

A segurança nos serviços de saúde está atrelada à qualidade, e é um de seus atributos. Além desse, a qualidade na organização deve contemplar todos os seus atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade em relação aos padrões determinados pelos principais órgãos avaliadores de qualidade em serviços de saúde, e inserir a segurança do paciente deve ser a primeira meta. (DONABEDIAN, 1990; MALIK, 2016).

As dimensões maiores que 50% e menores que 75%, as quais sinalizaram alguma necessidade de melhoria foram: 4, 1, 9, 12,5 e 10, respectivamente: Feedback e comunicação sobre os erros (71,7%), trabalho em equipe dentro das unidades (64,5%), frequência de eventos notificados (65,5%), trabalho em equipe entre as unidades (63,0%), abertura de comunicação (61,0%), transferências internas e passagens de plantão (51,7%).

O processo de comunicação efetiva foi avaliado nas dimensões 4 e 5. Apresentaram resultados satisfatórios quando se refere à avaliação na dimensão 4 “Feedback e comunicação sobre os erros”, na variável “recebimento de informações sobre os erros que acontecem nesta unidade” (65,2% de concordância) e na variável “existência de discussão por meios de prevenir erros, evitando que eles aconteçam novamente” (90% de concordância).

Nos itens avaliados na dimensão 5 “Abertura para a comunicação”, abordando o processo de comunicação efetiva, destacou-se a variável C4 “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores”, chama a atenção o percentual de respostas neutras e discordâncias: 46,0% concordância, 28,8% discordando e 31,2% neutros. Nos estudos de Serrano *et al.* (2019) e Notaro (2019), que também avaliaram a cultura de segurança utilizando o instrumento HSOPC, não foram enfatizadas abordagens acerca desta temática, apenas descritos os resultados desta dimensão, 44,3% e 45,3% de respostas de concordância, respectivamente.

Entretanto, os resultados deste estudo apontam que o processo de

comunicação necessita de melhoria, mesmo a instituição apresentando na dimensão 5 “Abertura para a comunicação” resultados superiores 61,0% de respostas de concordâncias em relação a Serrano *et al.* (2019) e Notaro *et al.* (2019), que encontraram índices menores que 50%, estando abaixo do parâmetro de cultura fortalecida que se caracteriza com resultados iguais ou superiores a (75%).

Vale salientar que o processo de comunicação nas organizações, e principalmente em instituições hospitalares, é complexo, e vai muito além dos instrumentos estruturais e formais. É um complexo sistema de relações e oscilações de poder entre os elementos que compõem a cultura organizacional. Por isso, é importante considerar não somente as relações de produção, mas também as relações simbólicas, porque o poder intervém sempre ao mesmo tempo internamente na hierarquia e na linguagem, na dominação e no simbólico (SCHILLING, 2017).

Diante desse cenário de complexidade e de dificuldade para se concretizar uma comunicação efetiva, a OMS, visando à segurança do paciente, recomendou como uma das metas para um cuidado seguro, melhorar a comunicação entre os profissionais da saúde (BRASIL, 2014), o que nos leva à necessidade de tratar o processo de comunicação no âmbito hospitalar como imprescindível para um cuidado seguro.

Já na dimensão 1, “Trabalho em equipe dentro das unidades”, o percentual de respostas concordantes foi mais relevante e com menor índice de neutralidade em todos os itens avaliados. Destacando-se a variável “Tem união da equipe em situações de crise”. Vale ressaltar que, quanto mais efetiva for a integralidade das equipes, melhor o processo de cuidado. Laccort e Oliveira (2017) abordam a equipe como um conjunto de pessoas com senso de identidade, percebidos na forma de agir de cada indivíduo em busca de um bem comum, no alcance das metas específicas. Assim, o autor discute a importância da integração do grupo para realizar suas atividades, integrando seus vínculos emocionais, na busca de resultados organizacionais.

Em contrapartida, na dimensão 9 “Trabalho em equipe entre as unidades”, é uma fragilidade e precisa de melhorias. A variável que mais se destacou na dimensão foi “há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto”, com 40,1% de respostas neutras e 10,9% de respostas negativas, inferindo dúvidas quanto à efetiva existência do trabalho em equipe entre as unidades. Conforme Laccort (2017), apesar dos esforços para se estabelecer um trabalho

em equipe, ainda é perceptível a dificuldade de concretizá-lo nos serviços de saúde, tendo em vista as divergências de opiniões entre os profissionais, o lidar com as diferenças, e ainda, os gestores precisam estimular o bom relacionamento entre os profissionais, tendo o cuidado dependente da interação das equipes.

Na dimensão 12 “Frequência de eventos notificados”, chama a atenção o número elevado de respostas como nunca ou quase nunca se notifica o evento adverso. Atenta-se aqui a notificação como um registro interno das ocorrências para que, ao ser analisada e tratada, gere aprendizado e melhorias de processo, conforme definem Figueiredo e D’Innocenzo (2017). A prática da notificação representa uma preocupação com os aspectos éticos e legais a que a instituição poderá responder no caso da ocorrência de dano ao paciente.

Em relação ao número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses, 64% dos participantes relataram não notificar nenhum evento nos últimos meses. Portanto, sem notificação, não é possível identificar números precisos de eventos adversos, processos envolvidos nem a sua gravidade, o que traz um alerta para a subnotificação, partindo da premissa de que há uma cultura punitiva, que responsabiliza a pessoa sobre o erro, impedindo a identificação de possíveis problemas nos processos de trabalho. Essa cultura punitiva contribui para que o erro ocorra. (SILVA; CARVALHO, 2016)

Assim, a subnotificação está associada à prática de uma cultura punitiva. Serrano *et al.* (2019) também evidenciaram a subnotificação associada à cultura punitiva, e apresentaram como recomendação ações sistematizadas e feedback dos erros.

Em oposição à cultura punitiva, a inserção do modelo de cultura justa é o mais recomendável. Ela visa a identificar e abordar os problemas dos sistemas que levam os indivíduos a se envolverem em comportamentos inseguros, mantendo a responsabilidade individual e estabelecendo tolerância zero para o comportamento imprudente. Desta forma, torna-se clara a distinção entre erro humano visto como deslizes, comportamento de risco percebido como “pular etapas” e comportamento imprudente identificado como um esquivo aos passos de segurança exigidos (SAFETY CULTURE, 2016).

Entretanto, há também de se alertar para a questão de o profissional não se considerar responsável por comunicar um evento adverso ou *near miss*. Faz-se

necessário estabelecer mecanismos de análise de causas dos incidentes de forma a incentivar os profissionais a colaborarem no processo de segurança, como forma construtiva da cultura, em oposição a uma cultura punitiva. Neste contexto, a OMS recomenda o estímulo da notificação pelos profissionais da linha de frente (WHO, 2015). Assim como é importante desmistificar a notificação centrada apenas ao profissional enfermeiro, a fim de estimular uma ampla participação de todos os profissionais nesta prática (FIGUEIREDO; D'INNOCENZO, 2017).

Quanto à dimensão 10 “Transferência interna e passagem de plantão”, os maiores percentuais negativos estão relacionados à variável “processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra”, com 30,2% de concordância. Nas quatro variáveis de avaliação dessa dimensão, os percentuais de neutralidade foram relevantes de 19,2% a 37,9%. Isso pode estar relacionado ao receio de apontar dificuldades nas afirmativas dessa dimensão, pelo fato de parte dos respondentes não realizarem atividades de passagem de plantão.

Um método proposto para garantir a segurança do processo na passagem de plantão é o SBAR - do inglês *Situation, Background, Assessment and Recommendation* (situação, breve histórico, avaliação e recomendação), apresentado como um meio de padronizar este processo, tendo em vista que, durante a transição do cuidado, a comunicação torna-se mais efetiva ao seguir um método sistematizado. (NASCIMENTO *et al.*, 2018). No momento de realização do estudo, nenhum instrumento era utilizado para sistematizar essa prática na instituição de pesquisa.

O processo de passagem de plantão é uma atividade considerada crítica, com alto risco de falhas em seu processo, por isso ela deve ser reconhecida como estratégica para a continuidade do cuidado, já que é uma transferência de responsabilidade entre profissionais. Se realizada com êxito, facilita o processo do cuidado ao passo que, ao haver quebras de informação, aumenta consideravelmente os riscos de ocorrerem eventos adversos e danos ao paciente. Diante dessa relevância, torna-se imprescindível a adoção de métodos eficazes para diminuir os riscos de falhas (ALVES; MELO, 2019).

As dimensões com menores percentuais de respostas positivas foram números das dimensões: “Respostas não punitivas aos erros” (38,9%), “Quadro de funcionários” (43,5%), “Percepção geral de segurança do paciente” (42,9%). Indicadores menores ou iguais a 50% sinalizam fragilidade no processo de desenvolvimento da cultura

de segurança, percebidas como desafios das instituições (SORRA; NIEVA, 2004). Serrano *et al.* (2019), Bião e Silva *et al.* (2016), Notaro *et al.* (2019) também encontraram resultados abaixo de 50% nestas dimensões.

É importante destacar que o tempo de trabalho no hospital não exerce influência tanto nas respostas negativas quanto positivas das dimensões consideradas frágeis (p valor $> 0,05$). Da mesma forma, não foi encontrada heterogeneidade entre as respostas das dimensões e a profissão ou área de atuação dos indivíduos na instituição hospitalar.

Outros estudos também deram ênfase à problemática da cultura punitiva, como se pôde observar no estudo da Fiocruz, com 78% de não notificação e de Notaro *et al.* (2019), com 55,4% de respostas negativas ao erro, sendo a área crítica de maior percentual. Já em Maia *et al.* (2018), enfatizaram a importância das notificações para o Serviço Nacional de Vigilância Sanitária para garantir abordagens mais efetivas e rápidas ao identificar eventos adversos que podem resultar em óbito, e ainda trouxeram a importância do aprendizado da equipe a partir das notificações para promover a cultura do paciente e alertaram quanto à maior probabilidade de ocorrência de eventos adversos que podem levar a óbito em unidades de tratamento intensivo, atentando para a necessidade de um maior enfoque das práticas de segurança nesse ambiente.

Apesar de os resultados da instituição em estudo mostrar-nos um espaço propício à segurança do paciente, ainda é perceptível a dificuldade de lidar com os erros (38,9%), um dos indicadores mais frágeis deste estudo. Considerando as concepções teóricas do “errar é humano”, o erro humano fundamenta-se na concepção de que o ser humano é falível e sujeito a falhas, e portanto, é necessário produzir defesas no sistema (KOHN, 2000).

O erro humano pode ser tratado sob duas perspectivas: abordagem pessoal e abordagem sistêmica, conforme proposto por Reason (2000), sendo a primeira concentrada nos atos inseguros, onde o profissional pode cometer atos inseguros, erros e violações de procedimentos. E na segunda abordagem, trata o erro como uma consequência em vez de causa, uma vez que o processo de trabalho, se não conter mecanismos de barreiras e alertas aos profissionais, pode conduzi-los a falhas. Portanto, o desafio das organizações é compreender a dimensão dos riscos inferidos em cada processo de trabalho e estabelecer barreiras que minimizem as

chances da ocorrência do erro. Isso porque, numa abordagem pessoal, eles são originados de processos mentais, como: esquecimento, desatenção, desmotivação, descuido, negligência, imprudência e fadiga (GOMES *et al.*, 2016).

Referenciando a Teoria do “Queijo suíço”, as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, a organização e o funcionamento são os principais percussores para a ocorrência de eventos adversos (GOMES *et al.*, 2016). Nesta teoria, as defesas que impedem o erro de acontecer são quebradas por duas razões: falhas ativas e condições latentes. As falhas ativas são representadas pelos atos inseguros, cometidos pelas pessoas que estão em contato direto com o sistema. As falhas latentes são os riscos inerentes ao processo de trabalho, os quais devem ser levantados, tratados e amenizados.

Duarte *et al.* (2015) identificaram os principais erros no cotidiano da assistência de enfermagem, sendo os mais comuns os associados aos atos inseguros, como a falta de checagem de medicamentos e uso inadequado de EPI; os associados ao sistema institucional, como a baixa qualidade de insumos materiais e falta de normas e rotinas institucionais.

Corroborando este autor, o evento adverso é a forma mais simples de se reconhecer o erro humano de forma quantitativa, oriundo ou não de atos intencionais, e é perceptível que ele interfere diretamente na segurança do paciente. Por isso, é recomendado pela OMS a necessidade de reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano associado ao cuidado (BRASIL, 2014).

Portanto, cada mecanismo de defesa deve estar íntegro para evitar a probabilidade de ocorrência do evento perigoso (BRASIL, 2014). Se as instituições de saúde de fato compreenderem o poder de suas ações para minimizar os riscos, as chances de alcançar um cuidado à saúde segura, é consideravelmente elevadas. Entende-se que, assim, haverá um sistema que assegure a qualidade dos serviços prestados e que respeite a vida humana (SOUZA, 2019).

Na dimensão 6 “Quadro de funcionários”, a maior fragilidade foi identificada na variável A14R, “Nós trabalhamos em ‘situação de crise’, tentando fazer muito e muito rápido” apresentando 41,2% de concordância e 33,0% de respostas neutras. Ressalta-se que a instituição avaliada é referência em urgência e emergência, sendo então característica liderar com situações de curto espaço de tempo, necessitando de promover um ambiente que amenize o impacto dessas pressões. No estudo de Borine

et al. (2012), identificou-se demanda de profissionais de saúde por autocontrole em situações de altas demandas, o que possibilita a tomada de decisões para escolher a melhor forma de como fazer o que lhe é exigido. Assim, propõe um bom relacionamento no ambiente de trabalho, uma vez que o modo como se é tratado no ambiente organizacional afeta diretamente no modo de agir.

Considerando que os principais participantes deste estudo estão entre 20 e 49 anos, Borine *et al.* (2012) identificaram com maior grau de estresse no trabalho se comparado aos profissionais que estão no final de carreira ou com mais de 50 anos.

Toso *et al.* (2016) identificaram que profissionais insatisfeitos apresentam altas taxas de rotatividade e que a rotatividade está associada à ocorrência de eventos adversos, como erros de medicação, infecções nosocomiais e quedas.

Carmo *et al.* (2020) discutiram sobre a necessidade de adequação da jornada de trabalho conforme o perfil da instituição, podendo ser ajuizados por acordo coletivo, como a jornada de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso. A contribuição deste estudo, neste aspecto, é atentar para o estilo da atividade, que exige uma expertise para lidar com situações de estresse e agilidade, devendo as equipes serem preparadas para esse fim do ponto de vista comportamental e de desenvolvimento de habilidades humanas.

Na dimensão 11 “Percepção geral de segurança paciente”, destacou-se o percentual de respostas neutras 45,3%, diante de 42,9% de respostas positivas. Isso infere a dificuldade dos profissionais de afirmarem a cultura de segurança, preferindo não se posicionarem. Dentre os itens avaliados, houve discordância de 25,7% sobre a variável de que a segurança jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluído e 17,9% concordam com a variável que “apenas por acaso que erros mais graves não acontecem por aqui.” Considerando que a cultura de segurança conforme definida em Andrade *et al.* (2018) é um produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento de grupo e de indivíduos relacionados à segurança, compreende-se que a efetivação de uma cultura de segurança dá-se quando a instituição e o grupo a entendem como valor e atitudes habituais do processo de trabalho. É uma ampla percepção de todo grupo quanto aos aspectos administrativos, instrucionais e comportamentais (FUSARI *et al.*, 2021).

Estes números trazem uma percepção de que a cultura de segurança é percebida na instituição ao mesmo tempo em que identificam a necessidade e a

importância de lidar com os eventos adversos. Entretanto, cabe aqui chamar atenção da importância de um efetivo comprometimento por parte de toda a equipe para implantar uma cultura que reduza consideravelmente os riscos inerentes ao processo de cuidado (OMS, 2004; SIMAN; BRITO, 2016)

Destaca-se ainda que os itens de melhor avaliação estavam associados ao compromisso da gestão e engajamento da liderança, os quais enfatizam ter um ambiente propício para a cultura de segurança. Estes achados diferem de Toso *et al.* (2016), de Carvalho (2011) e Rigobello (2011), os quais destacaram um descontentamento dos profissionais em relação às gerências e a administração das instituições. Por isso, entende-se que obter um cenário de gestão envolvida pode ser a base para se aprofundar nas demais questões que são consideradas frágeis e imprescindíveis para um avanço no processo de segurança ao paciente.

Acredita-se que, ao tratar melhor a forma de lidar com os erros, focar na preparação das equipes do ponto de vista comportamental, para melhor lidarem com as situações de crise, bem como definir processos assertivos para facilitar a comunicação e interação entre as equipes, haverá fatores condicionantes para a geração de uma cultura de segurança fortalecida.

Nesse contexto, Fusari *et al.* (2021) ressaltam que considerar os perfis comportamentais e habilidades técnicas dos colaboradores para alocá-los nas áreas em que possuem maior domínio e afinidade propicia menor incidência de erros e melhora a dinâmica do grupo. Januário (2020) também aborda a importância de os gestores atentarem para as práticas de incentivos para efetivação de uma mudança de cultura e ainda alerta para os riscos de aumentar a tensão entre as equipes ou obter comportamentos contraditórios ao que se espera, se não houver mecanismos de estímulos concretos e bem comunicados de forma que os colaboradores percebam os ganhos diretos e indiretos em viverem esse novo modelo de cultura voltada para a segurança do paciente. Tudo isso entendendo que todos os participantes da organização são parte fundamental para se efetivar uma mudança de cultura organizacional.

Além disso, Figueiredo e D'Innocenzo (2017) destacaram como principais medidas de prevenção de eventos adversos o fortalecimento da política de segurança, a avaliação precoce dos riscos e as notificações. Reforçaram a importância da notificação e a identificação de erros, incidentes e eventos adversos, dentre outras

taxonomias da segurança do paciente como não sendo de responsabilidade somente da equipe de enfermagem ou da equipe médica e, sim, de todos os profissionais envolvidos, cabendo aos gerentes de riscos e as lideranças dos serviços de qualidade e segurança do paciente implementarem medidas de disseminação de todos os conceitos de segurança do paciente de forma a garantir a segurança nas instituições de saúde.

Entendendo que trabalhar uma cultura justa é o ponto mais crítico para efetivação da cultura de segurança, é válido reforçar que as instituições canalizem suas ações na criação de barreiras para evitar os erros e danos, investindo em reestruturação de processos do cuidado e capacitação de suas equipes de forma ampla, tanto em aspectos técnicos, processuais e comportamentais. Assim, corrobora-se com Santos *et al.* (2019), que apontaram que a cultura de segurança é disseminada a partir de ações de prevenção e protocolos relacionados à segurança, criando ambientes de discussão e aprendizagem entre os profissionais.

Diante de níveis alarmantes de incidência de eventos adversos, ainda é um desafio para as instituições de saúde promover ações que realmente vão gerar impacto positivo para a efetivação da cultura de segurança. A ANVISA chama atenção para a intensificação à adesão desses serviços às práticas de segurança do paciente, bem como a priorização da vigilância de *never events*, de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e de eventos adversos que resultaram em óbito do paciente dentro do serviço de saúde (ANVISA, 2021).

Urge a necessidade do comprometimento das organizações em se tornarem organizações de alta confiabilidade, alcançando um ambiente de trabalho ideal e altamente confiável, na qual as equipes aprendem juntas, trabalham juntas, com os pilares bem estruturados: segurança, comunicação aberta, processos de equipe com aprendizagem e valorização dos indivíduos (LIVERY, *et al.* 2014).

Considera-se limitação do estudo o processo de seleção aleatória dos participantes, certamente impactando na representatividade de algumas ocupações e setores. Houve dificuldade de coleta de dados junto às equipes assistenciais e equipe médica, diante do cenário em que foi realizada a pesquisa em meio à pandemia COVID-19 com altas taxas de absenteísmos, *turnover* e excesso de trabalho. Sendo assim, salienta-se a necessidade de aprofundar estudos relacionados à cultura de segurança que estratifiquem o perfil e comportamento de profissionais por área de atuação.

7. CONCLUSÃO

Este estudo contribuiu para a avaliação de confiabilidade do instrumento HSOPC, identificando, em 58% das dimensões, os índices recomendados de confiabilidade. Dentre as 12 dimensões avaliadas, destacaram-se aspectos organizacionais, de gestão e de engajamento das equipes para estabelecer uma cultura de segurança. Percebeu-se o comprometimento por parte da instituição a cumprir as orientações dos órgãos reguladores em seus aspectos normativos e apresentou melhor avaliação da abertura de comunicação em relação a outros estudos. Ressalta-se a complexidade do processo de comunicação nas instituições hospitalares, atentando para as relações e oscilações de poder entre os elementos que compõem a cultura organizacional.

Respostas não punitivas aos erros, quadro de funcionários, percepção geral de segurança do paciente foram as dimensões com os menores percentuais de respostas positivas, sendo ainda perceptível a dificuldade de lidar com os erros. A associação entre o número de notificações e o número de respostas positivas refletiu as experiências vividas pelos notificantes em relação às respostas aos erros notificados e validou os achados em relação à fragilidade quanto ao número de notificações.

Os indicadores de fragilidade são semelhantes a outros estudos, apontando para uma tendência e dificuldades das instituições em efetivar uma cultura justa, que estimule as notificações com o foco no aprendizado e redução de riscos. Chama a atenção a ausência de notificação dos eventos adversos. Reforçamos o modelo de cultura justa como uma proposta a ser alcançada em substituição à cultura punitiva. As instituições precisam canalizar suas ações na criação de barreiras para evitar os erros e danos, investindo em reestruturação de processos do cuidado e capacitação de suas equipes de forma ampla, tanto em aspectos técnicos, processuais e comportamentais.

Portanto, se as instituições de saúde de fato compreenderem o poder de suas ações para minimizar os riscos, teremos um sistema que assegure a qualidade dos serviços prestados e que respeite a vida humana. Uma constante reflexão faz-se necessária acerca de estabelecer mecanismos de preparação das equipes para lidar com situações de extrema agilidade e estresse, criando um ambiente propício de diálogo entre os diversos grupos de profissionais da saúde de forma que as equipes

possuam as condições necessárias para prestar o cuidado, garantindo a segurança do paciente.

8. PRODUTOS FINAIS

O presente estudo apresenta dois produtos finais como resultados de pesquisa. Trata-se de um artigo científico (formatado segundo normas da revista Cadernos de Saúde Pública – Vancouver) e uma cartilha educativa em cultura de segurança do paciente, que será disponibilizada aos profissionais de saúde.

8.1. Artigo Científico: A Cultura de segurança do Paciente: as singularidades de um serviço hospitalar

A Cultura de segurança do Paciente: as singularidades de um serviço hospitalar
The patient safety culture: the singularities of a hospital service

¹Juliana Martins Toledo, ²Fernanda de Freitas Castro Gomes, ³Bruno David Henriques, ⁴Andreia Guerra Siman.

RESUMO

Objetivo: analisar a cultura de segurança sob a ótica da equipe multiprofissional de um hospital mineiro, Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo, realizado com 191 profissionais de um hospital mineiro. A coleta de dados foi de outubro de 2020 a janeiro de 2021, utilizando o *Hospital Survey On Patient Safety Culture* (HSOPSC). A análise de confiabilidade do instrumento foi verificada pelo coeficiente Alfa de Cronbach. Os aspectos éticos foram respeitados.

Resultados: As dimensões que apresentaram maior índice de respostas positivas foram: apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes, aprendizado organizacional e melhoria contínua. As dimensões com menores índices de respostas positivas foram: resposta não punitiva aos erros, percepção geral da segurança do paciente, adequação de profissionais. **Conclusão:** os pontos que necessitam de melhoria foram relacionados à notificação de incidentes, comunicação aberta, trabalho em equipe entre as unidades e passagem de plantão. Os achados destacam-se pelos aspectos organizacionais, de gestão e de engajamento das equipes para estabelecer uma cultura de segurança, no entanto, com aspectos importantes de melhoria. Desta forma, urge a necessidades de as instituições investirem em cultura justa e se tornarem instituições de alta confiabilidade, com ações para minimizar os riscos, criar um sistema que assegure a qualidade dos serviços prestados em respeito à vida humana.

Palavras chaves: *Cultura organizacional; Equipe multiprofissional; Segurança do paciente, erros médicos*

INTRODUÇÃO

A inserção de uma cultura de segurança nas organizações de saúde é pautada na premissa de que os profissionais são passíveis de erros e, por isso, necessitam criar mecanismos que amenizem os danos aos pacientes.¹ Essa abordagem foi iniciada nas companhias aéreas ao compreenderem que mesmo os profissionais mais capacitados são passíveis de erros, diante da complexidade do trabalho, com elevados riscos.² Nas organizações de saúde, a evidência de que elas deveriam criar mecanismos de segurança do paciente deu-se com a publicação do

Relatório “Errar é humano” pelo *Institute of Medicine* (IOM).³

Neste contexto, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, criada pela Organização Mundial da Saúde definiu seis metas internacionais para promover melhorias específicas na assistência: identificação do paciente; melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais da assistência; melhorar a segurança de medicações de alta vigilância; cirurgias seguras; reduzir o risco de infecções; reduzir o risco de lesões ao paciente de queda.⁴ No Brasil, foi estabelecida a portaria ministerial 529/2013 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente que “propõe contribuir para qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.”⁴ Vale ainda enfatizar os números alarmantes no Brasil: em todo o sistema hospitalar do país, 54.760 mortes foram causadas pelos eventos adversos graves, das quais 36.170 poderiam ter sido evitadas.⁵

Define-se como segurança do paciente “a diminuição ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”. Já evento adverso é “um incidente que resulta em dano ao paciente” e *near miss*, “incidente que não atingiu o paciente.”⁴ Estas definições são norteadoras para se estabelecer uma cultura de segurança ao paciente e foram definidas pela Classificação Internacional da Segurança do Paciente.⁴

Assim, no Brasil, essa perspectiva tem sido enfatizada, dando importância a práticas seguras que garantam a qualidade no cuidado à saúde. Considerando que o erro humano são deslizos e comportamentos de risco percebidos como “pular etapas” e são vistos como consequência de sucessivas falhas, é preciso compreender como a cultura de segurança tem impactado positivamente nos sistemas de controle e barreiras do processo de cuidado, de forma a garantir uma assistência à saúde de qualidade e com segurança.²

Neste contexto, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) definiu a cultura de segurança do paciente como um produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento de grupo e de indivíduos relacionados à segurança.⁶ Compreende-se que ela será efetivamente implementada a partir da inserção de sua prática como valor e atitudes definidas como habitual e comumente praticados pelo grupo.

Este conceito expande-se ao definirem que a cultura de segurança inclui

profissionais do cuidado e gestores que assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela dos seus colegas, do paciente e familiar; que ela é priorizada acima de metas financeiras e operacionais; que ela encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança e ainda promove o aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes e proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.⁴

Iniciou-se, então, um importante processo de implantação e consequente desenvolvimento dos profissionais de saúde paralelo ao estabelecimento de protocolos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Percebe-se que as instituições têm se envolvido para atender às normas vigentes. Entretanto, estabelecer uma nova cultura organizacional é uma tarefa complexa, demanda esforços e enseja pelo seu período de maturação, tendo em vista a sua amplitude conceitual, abrangendo desde aspectos individuais, normativos, motivacionais a aspectos financeiros.⁷

A literatura contempla abordagens em relação à cultura de paciente⁷, à identificação de práticas seguras⁸, e definiu um instrumento de avaliação da implantação da cultura de segurança pelo instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC).⁸⁻⁹

Estudos anteriores¹⁰⁻¹¹ utilizaram este instrumento identificando aspectos positivos e fragilidades no processo de implantação da cultura de paciente em instituições hospitalares. Recomenda-se que este instrumento seja aplicado em outros estabelecimentos de forma a validar a sua confiabilidade e consistência.⁹

Com as considerações apresentadas, o objetivo do estudo foi analisar a cultura de segurança sob a óptica da equipe multiprofissional de um hospital mineiro, Brasil. Perguntas norteadoras: Em qual grau de implantação encontra-se a cultura de segurança do hospital pesquisado? Quais lacunas necessitam ser trabalhadas para a efetivação da cultura de segurança?

MÉTODOS

Estudo quantitativo, transversal e descritivo. A coleta de dados foi realizada entre os meses de out/2020 a jan/2021, com a aplicação do questionário *Hospital Survey On Patient Safety Culture* (HSOPSC), desenvolvido pela *Agency for Health Research and Quality*.⁹ Após a assinatura do TCLE, foi realizada a entrega do instrumento aos participantes.

Os critérios de inclusão foram: profissionais com vínculo institucional, presentes no hospital e disponíveis no período da coleta de dados. Excluem-se todos os profissionais em férias, licença ou afastamento.

A instituição hospitalar apresentava no quadro funcional o total de 500 colaboradores (assistentes administrativos, técnicos de enfermagem, grupo gestor, enfermeiros, serviço de nutrição, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, farmacêuticos, assistentes sociais, alta administração). Dos colaboradores disponíveis no momento da coleta de dados ($n - n_e$), foram convidados aleatoriamente para participar da pesquisa o total de **250 colaboradores** e, destes, aceitaram participar do estudo, entregando o questionário dentro do prazo solicitado, 200 colaboradores, o que corresponde a 40% do total do quadro funcional ($n_f = 200$).

Assim como estabelecido em HSOPSC⁸⁻⁹, foi definida a confiabilidade das dimensões do questionário quando o Coeficiente alfa de Cronbach for igual ou superior a 0,6 ($\alpha \geq 0,6$).¹¹⁻¹²

De forma complementar, neste estudo, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson (Eq. 2) para avaliar o resultado do cruzamento das dimensões consideradas frágeis com os seguintes itens abordados nos questionários: Tempo de trabalho no hospital; profissão; ocupação.¹³

O instrumento trabalha nove seções com 42 itens estruturados em 12 dimensões da cultura de segurança do paciente: D1 Trabalho em equipe na unidade; D2 Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes; D3 Aprendizado organizacional e melhoria contínua; D4 Retorno das informações e da comunicação sobre o erro; D5 Abertura da comunicação; D6 Adequação de profissionais; D7 Resposta não punitiva aos erros. D8 Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; D9 Trabalho em equipe entre as unidades, D10 Transferências internas e passagens de plantão; D11 Percepção geral da segurança

do paciente; D12 Frequência de eventos notificados. Ele avalia o grau de concordância dos profissionais sobre a cultura de segurança através de escala de cinco pontos do tipo Likert. A AHRQ apresenta valores de referências para classificações das dimensões de avaliação da cultura de segurança como sendo: áreas fortes com percentuais de respostas positivas igual ou superior a 75%, áreas neutras onde a cultura pode ser trabalhada onde as respostas positivas apresentam resultados superiores a 50% e inferiores a 75% e áreas frágeis com índices de respostas positivas inferiores a 50%.

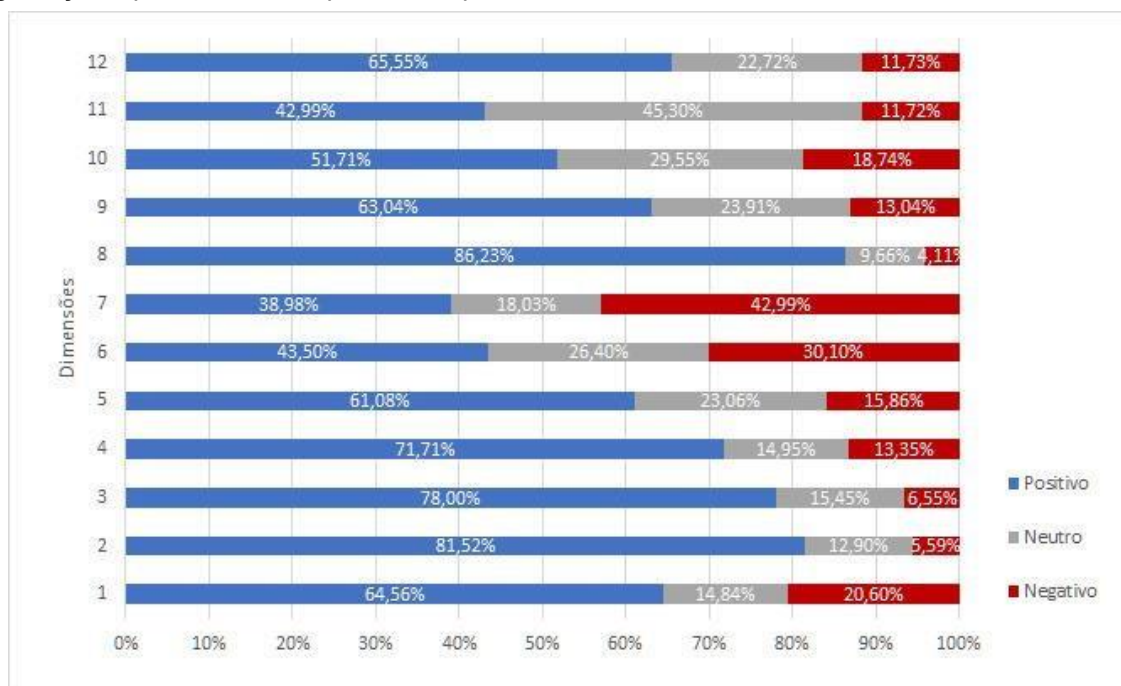
Para a análise descritiva do instrumento e avaliação da cultura de segurança, foi analisado o percentual de respostas positivas, que representa uma postura positiva em relação à cultura de segurança do paciente. Os resultados foram apresentados como números absolutos e percentuais em forma de tabelas e gráficos. O estudo seguiu as diretrizes da Resolução nº 466/12 e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, mediante Parecer nº 3.847.747.

RESULTADOS

Participaram do estudo 191 profissionais, com predomínio de jovens, sexo feminino, 53,4% em cargos administrativos. A maioria tem mais de cinco anos de trabalho na instituição; 36,6% com ensino médio completo, seguido por 20,9% de graduados especialistas, 60,5% mantêm contato direto com pacientes. Os participantes ocupavam os cargos: assistentes administrativos (53,4%), técnicos de enfermagem (12,6%), grupo gestor (7,3%), enfermeiros (6,3%), serviço de nutrição (5,8%), fisioterapeutas/fonoaudiólogos (3,7%), médicos (3,1%), farmacêuticos (3,6%), assistentes sociais (1,6%), alta administração (2,1%). A confiabilidade das dimensões foi comparada com os resultados do HSOPSC⁸⁻⁹ original que definiu como aceitável $\alpha \geq 0,60$. Das 12 dimensões analisadas, cinco obtiveram $\alpha < 0,60$.

Considerando os 42 itens sobre segurança do paciente que constavam no instrumento HSOPSC, obteve-se um total de 5.029 respostas positivas (60,82%), 1.881 respostas neutras (22,75%) e 1.359 respostas negativas (16,43%). Os itens foram agrupados em 12 dimensões (D), conforme figura 1.

Figura 1 - Percentual de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente em hospital filantrópico da zona damata mineira – 2021



Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

Das 12 dimensões analisadas, três apresentaram resultados superiores a 75%, demonstrando uma cultura de segurança fortalecida, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - As D2, D3 e D8 apresentaram resultados acima de 75%, cujos percentuais são considerados fortalecedores para a cultura de segurança, conforme parâmetro do instrumento HSOPSC.⁸⁻⁹

Dimensão 2 - Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes.	DT		D		ND		C		CT	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	1	0,5	9	4,8	23	12,2	96	51,1	59	31,4
B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.	0	0,0	7	3,7	26	13,8	104	55,0	52	27,5
B3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.	48	25,5	91	48,4	31	16,5	16	8,5	2	1,1
B4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	84	44,9	79	42,2	17	9,1	6	3,2	1	0,5
Dimensão 3 - Aprendizado organizacional/melhoria contínua.										
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	0	0,00	4	2,15	14	7,5	96	51,6	72	38,7
A9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui.	7	3,78	16	8,65	40	21,6	106	57,3	16	8,6
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	0	0,00	9	5,03	31	17,3	108	60,3	31	17,3
Dimensão 8 - Apoio da Gestão Hospitalar para a segurança do paciente.										
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	2	1,1	4	2,1	13	6,9	125	66,1	45	23,8
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	1	0,5	3	1,6	14	7,5	100	53,8	68	36,6
F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	53	28,8	91	49,5	27	14,7	10	5,4	3	1,6

DT = Discordo totalmente, D = discordo, ND = não concordo ou discordo, C = concordo, CT = concordo totalmente.

Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

Na análise de expectativas das ações das lideranças, destacaram-se com 87,1% de discordância a ausência de atenção da liderança quanto aos problemas de segurança do paciente e 82,5% de concordância na percepção de receber elogios ao realizar práticas seguras. Na avaliação de aprendizado e melhoria contínua, 90,3% percebem as ações de segurança do paciente pela instituição. Quanto à percepção de apoio da Gestão Hospitalar para a segurança do paciente, 89,9% concordaram com a existência de um clima de trabalho favorável e 90,4% perceberam a prioridade dada pela gestão.

Apresentaram resultados oportunos de melhoria para o fortalecimento da cultura de segurança seis dimensões, com resultados de 50% a 75%. (Tabela 2)

Tabela 2 - As D1, D4, D5, D9, D10 e D12 apresentaram resultados entre 50% a 75%, cujos percentuais são considerados que necessitam alguma melhoria para o fortalecimento da cultura de segurança, conforme parâmetro do instrumento HSOPSC.⁸⁻⁹

Dimensão 1 - Trabalho em equipe dentro das unidades.	DT		D		ND		C		CT	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras.	0	0,0	12	6,6	43	23,5	96	52,5	32	17,5
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	0	0,0	12	6,3	22	11,6	106	56,1	49	25,9
A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	0	0,0	5	2,6	33	17,5	93	49,2	58	30,7
A11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	8	4,3	21	11,2	31	16,6	93	49,7	34	18,2
Dimensão 4 - Feedback e comunicação sobre erros.										
C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.	9	4,9	31	16,8	35	18,9	75	40,5	35	18,9
C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	10	5,3	19	10,2	36	19,3	81	43,3	41	21,9
C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.	2	1,1	4	2,1	13	6,8	113	59,5	58	30,5
Dimensão 5 - Abertura para a comunicação										
C2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	2	1,1	1	0,6	21	11,9	99	55,9	54	30,5
C4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	16	8,5	27	14,3	59	31,2	67	35,4	20	10,6
C6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	34	18,0	65	34,4	48	25,4	36	19,0	6	3,2
Dimensão 9 - Trabalho em equipe entre as unidades.										
F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	21	11,2	100	53,5	37	19,8	24	12,8	5	2,7
F4R. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	4	2,9	11	8,0	55	40,1	52	38,0	15	10,9
F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	16	8,7	90	48,9	44	23,9	25	13,6	9	4,9
F10R. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestaro melhor cuidado aos pacientes	1	0,5	11	6,0	29	15,9	99	54,4	42	23,1

continua

Dimensão 10 - Transferências Internas e passagens de plantão.	DT		D		ND		C		CT	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	17	9,3	75	41,2	35	19,2	45	24,7	10	5,5
F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	14	7,6	78	42,4	59	32,1	31	16,8	2	1,1
F7R. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	10	5,5	66	36,3	69	37,9	32	17,6	5	2,7
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	30	16,4	88	48,1	53	29,0	11	6,0	1	0,5

Dimensão 12 - Frequência de eventos notificados.	DT		D		ND		C		CT	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
D1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com frequência ele é notificado.	2	1,1	15	8,3	46	25,6	51	28,3	66	36,7
D2-Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com frequência ele é notificado.	7	3,9	21	11,7	41	22,9	38	21,2	72	40,2
D3- Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com frequência ele é notificado.	3	1,7	15	8,4	35	19,7	38	21,3	87	48,9

DT = Discordo totalmente, D = discordo, ND = não concordo ou discordo, C = concordo, CT = concordo totalmente.

Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

Quanto ao trabalho em equipe dentro das unidades, 82% perceberam que trabalham juntos quando têm muito trabalho a ser feito rapidamente e 79,8% concordaram que há respeito entre os colaboradores. Em relação ao feedback e comunicação sobre os erros, 90% concordaram que há discussão de meios para preveni-los e 65,2% concordaram que são informados sobre os erros que acontecem. Já na avaliação de abertura de comunicação, 86,4% concordaram que existe liberdade para comunicar algo que possa afetar negativamente o cuidado do paciente. Ao passo que, ao avaliarem se sentem a vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores, somaram-se 54% de discordância e neutralidade, assim como 46,6% concordaram em ter receio em perguntar quando algo parece não estar certo.

Ao avaliarem o trabalho em equipe fora das unidades, mantiveram-se neutros ou discordaram principalmente quanto à cooperação entre as equipes (51%) e 42,4% mantiveram neutros ou concordaram que é desagradável trabalhar com membros de outras equipes, assim como 22,4% discordaram ou se mantiveram neutros sobre um bom trabalho em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes. Quanto às transferências internas e passagens de plantão, 58,2% concordaram ou foram neutros para a afirmação de que com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital e 50% concordaram ou mantiveram-se neutros para a afirmação de que é comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.

Na avaliação de frequência de eventos adversos, 35% mantiveram-se neutros ou discordaram sobre a afirmação de notificarem a ocorrência de erros que são percebidos e corrigidos, assim como 38,5% também responderam com neutralidade ou discordância quanto à frequência de notificação ao ocorrerem erros sem riscos de dano ao paciente e 29,8% foram neutros ou discordaram que quanto à frequência de notificação quando ocorre um erro que poderia causar danos ao paciente, mas não causa.

As D6, D7 e D11 apresentaram resultados menores ou abaixo que 50%, cujos percentuais são considerados frágeis para a cultura de segurança, conforme parâmetro do instrumento HSOPSC.⁸⁻⁹ Conforme dados apresentados na tabela 3.

Tabela 3 - As D6, D7 e D11 apresentaram resultados entre menores ou abaixo que 50%, cujos percentuais são considerados frágeis para a cultura de segurança, conforme parâmetro do instrumento HSOPSC.⁸⁻⁹. Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021

Dimensão 6 - Quadro de funcionários.	DT		D		ND		C		CT	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho.	11	6,0	37	20,2	36	19,7	76	41,5	23	12,6
A5R. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.	7	3,8	53	28,6	63	34,1	43	23,2	19	10,3
A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.	32	17,7	80	44,2	34	18,8	26	14,4	9	5,0
A14R. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido.	10	5,5	37	20,3	60	33,0	63	34,6	12	6,6
Dimensão 7 - Resposta não punitiva ao erro.										
A8R. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.	13	7,3	40	22,3	40	22,3	70	39,1	16	8,9
A12R. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	22	12,0	55	30,1	34	18,6	61	33,3	11	6,0
A16R. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.	2	1,1	21	11,2	43	23,0	100	53,5	21	11,2
Dimensão 11 Percepção geral de segurança do paciente.										
A10R. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	40	22,3	72	40,2	35	19,6	29	16,2	3	1,7
A15R. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	8	4,3	40	21,4	39	20,9	69	36,9	31	16,6
A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	42	22,7	73	39,5	37	20,0	32	17,3	1	0,5
A18R. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	2	1,1	12	6,4	34	18,2	105	56,1	34	18,2

DT = Discordo totalmente, D = discordo, ND = não concordo ou discordo, C = concordo, CT = concordo totalmente.

Fonte: elaborada pelo próprio autor com dados da pesquisa, 2021.

Na avaliação sobre quadro de funcionários, 45,9% foram neutros ou discordaram que o número de pessoal é suficiente para a carga de trabalho, 67,6 mantiveram-se neutros ou concordaram que os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente e 74,2% mantiveram-se neutros ou concordaram que em situações de crise trabalham tentando fazer muito e muito rápido. Na percepção geral sobre a segurança do paciente, 82,2% concordam ou mantêm-se neutros para afirmação de que há problemas de segurança do paciente em sua unidade de trabalho.

A partir do teste qui-quadrado (X^2)¹² do cruzamento entre as “respostas positivas” e o “número de notificações”, foi possível observar que há heterogeneidade na dimensão número 7 (pvalor < 0,05). As demais dimensões consideradas frágeis (6, 7 e 11) tiveram suas repostas positivas e negativas cruzadas com o tempo de trabalho no hospital. Em todas as dimensões, a hipótese alternativa foi refutada. Logo, o tempo de trabalho no hospital não exerce influência tanto nas respostas negativas quanto positivas das dimensões consideradas frágeis (pvalor > 0,05). Da mesma forma, não foi encontrada heterogeneidade entre as respostas das dimensões e a profissão ou área de atuação dos indivíduos na instituição hospitalar.

A segurança do paciente foi avaliada: muito boa (48,5%), excelente (25%), regular(12%) e ruim (1%) e sem resposta (13,5%). Quanto à notificação de eventos adversos, não notificaram nos últimos 12 meses (64%), uma a duas notificações no período (10,5%).

DISCUSSÃO

Neste estudo, os alfas de Cronbach⁶ foram validados em 60% das dimensões. Assim como as instituições consideradas “perigosas”, os estabelecimentos de saúde possuem características semelhantes diante da sua complexidade e perfil da atividade, implementar instrumentos que avaliem o grau de implantação de uma cultura de segurança é primordial, com base na análise de: confiança, notificação/relato e buscar por melhoria contínua. O escore geral de respostas positivas de avaliação da cultura de segurança foi de 60,82%. Seguindo as recomendações do instrumento HSOPSC⁸⁻⁹, um percentual superior ou igual a 75% em cada dimensão avaliada sugere uma cultura de segurança fortalecida, e um percentual menor ou igual a 50%, indicação de dimensão de uma cultura de segurança fragilizada. Foi observado em

25% das dimensões um escore acima de 75%, favorecendo a cultura de segurança e se apresentando com o melhor score em relação a outros estudos que encontraram os melhores resultados com índices inferiores a 75%.^{14,16,17}

Destacaram-se, com melhores resultados, as dimensões 8, 2 e 3: apoio da Gestão Hospitalar para a segurança do paciente (86,2%), expectativa de ações do supervisor e da chefia (81,5%), aprendizado organizacional/ melhoria contínua (78%). Fazem referência aos aspectos organizacionais, de gestão e de engajamento das equipes, para estabelecer uma cultura de segurança, apresentando-se de forma positiva para a instituição, já que estas dimensões são fundamentais para fortalecer uma cultura de segurança institucional.¹⁶⁻¹⁸

Os resultados apontam o comprometimento por parte da instituição e seus colaboradores em buscar qualidade e segurança do paciente, para repensar os processos assistenciais diante de riscos e possíveis erros⁴. Salienta-se, nos serviços de saúde, que a segurança é um atributo da qualidade, sendo indissociável, e para a qualidade, todos os atributos devem ser contemplados: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.¹⁹⁻²⁰

As D4, D1, D9, D12, D5 e D10 apresentaram-se maiores que 50% e menores que 75%, as quais sinalizaram alguma necessidade de melhoria: Feedback e comunicação sobre os erros (71,7%), trabalho em equipe dentro das unidades (64,5%), frequência de eventos notificados (65,5%), trabalho em equipe entre as unidades (63,0%), abertura de comunicação (61,0%), transferências internas e passagens de plantão (51,7%).

O processo de comunicação efetiva foi avaliado nas D4 e D5. Apresentaram resultados satisfatórios quando se refere à avaliação na D4 a variável “recebimento de informações sobre os erros que acontecem nesta unidade” (65,2% de concordância) e a variável “existência de discussão por meios de prevenir erros, evitando que eles aconteçam novamente” (90% de concordância).

Nas variáveis da D5, abordando o processo de comunicação efetiva, destacou-se C4, obtendo uma subdivisão de respostas, chamando atenção para o percentual de respostas neutras e discordâncias: 46,0% concordância, 28,8% discordando e 31,2% neutros. Há estudos que também avaliaram a cultura de segurança utilizando o instrumento HSOPSC⁹⁻¹⁰, mas não enfatizaram abordagens acerca desta temática¹¹⁻¹⁸, apenas descrevendo os resultados desta dimensão, com 44,3% e 45,3% de respostas de concordância, respectivamente. A instituição apresentou melhores

resultados para abertura de comunicação (61,0%).

O processo de comunicação é complexo e vai além dos instrumentos estruturais e formais. É um complexo sistema de relações e oscilações de poder entre os elementos que compõem a cultura organizacional. Por isso, é importante considerar não somente as relações de produção, mas também as simbólicas, porque o poder intervém sempre ao mesmo tempo internamente na hierarquia e na linguagem, na dominação e no simbólico.²² Além disso, a comunicação efetiva é uma das metas para um cuidado seguro, o que impera a necessidade de tratar a comunicação no âmbito hospitalar como imprescindível.

Já na D1, o percentual de respostas concordantes foi mais relevante e com menor índice de neutralidade. Vale ressaltar que, quanto mais efetiva for a integralidade das equipes, melhor o processo de cuidado, considerando equipe como um conjunto de pessoas com senso de identidade, percebidos na forma de agir de cada indivíduo em busca de um bem comum, para realizar suas atividades integrando seus vínculos emocionais.²³

Em contrapartida, na D9, a variável que mais se destacou foi “há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto”, com 40,1% de respostas neutras e 10,9% de respostas negativas, inferindo dúvidas quanto à efetiva existência do trabalho em equipe entre as unidades. Apesar dos esforços para se estabelecer um trabalho em equipe, ainda é perceptível a dificuldade de concretizá-lo, tendo em vista as divergências de opiniões, o saber lidar com as diferenças, a importância dos gestores estimularem o bom relacionamento, e o cuidado como aspecto dependente da interação das equipes.²³

Na D12, houve número elevado de respostas como nunca ou quase nunca. A notificação é um registro interno das ocorrências, e, ao ser analisada e tratada, deve gerar aprendizado e melhorias de processo.²⁴ A notificação representa uma preocupação com os aspectos éticos e legais a que a instituição poderá responder no caso da ocorrência de dano ao paciente.

Relataram não notificar nenhum evento nos últimos meses, 64%. Portanto, não é possível identificar números precisos de eventos adversos, processos envolvidos nem sua gravidade, o que alerta para a subnotificação, partindo da premissa de que há uma cultura punitiva, que responsabiliza a pessoa sobre o erro, impedindo a identificação de possíveis problemas nos processos de trabalho e que contribui para que o erro ocorra.²⁴

Assim, a subnotificação está associada à prática de uma cultura punitiva. A subnotificação também foi evidenciada em outro estudo e apresentou como recomendação ações sistematizadas e feedback dos erros.¹⁴ Em oposição à cultura punitiva, a inserção do modelo de cultura justa, é o mais recomendável. Visa a identificar e abordar os problemas dos sistemas que levam os indivíduos a se envolverem em comportamentos inseguros, mantendo a responsabilidade individual e estabelecendo tolerância zero para o comportamento imprudente. Torna-se clara a distinção entre erro humano - deslizes, comportamento de risco percebido como “pular etapas” e comportamento imprudente - esquivar-se aos passos de segurança.¹⁰

Há também de se alertar para a questão de o profissional não se considerar responsável por comunicar um evento adverso ou *near miss*. Neste contexto, a OMS recomenda o estímulo da notificação pelos profissionais da linha de frente.²⁵ Assim, é importante desmistificar a notificação centrada apenas no profissional enfermeiro para estimular ampla participação nesta prática.²⁶

Os percentuais de respostas positivas na D10 ficaram abaixo de 50%. Isso pode estar relacionado ao receio de apontar dificuldades nessas afirmativas, uma vez que parte dos respondentes não realizam a função. Um método proposto para esse fim é o SBAR (situação, breve histórico, avaliação e recomendação), considerando que a comunicação torna-se mais efetiva ao seguir um método sistematizado.²⁷ No momento de realização do estudo, nenhum instrumento era utilizado na instituição. A Passagem de plantão devesse ser reconhecida como estratégica para a continuidade do cuidado por ser uma transferência de responsabilidade entre profissionais. Se realizada com êxito, facilita o processo do cuidado, ao passo que, ao haver quebras de informação, aumenta os riscos de ocorrerem eventos adversos e danos ao paciente.²⁸

As D7, D6, D11 foram as dimensões com menores percentuais de respostas positivas, abaixo de 50%, e sinalizam fragilidade no processo, percebidas como desafios das instituições. Resultados semelhantes também foram encontrados:^{10,11,21} “Respostas não punitivas aos erros” (38,9%), “Quadro de funcionários” (43,5%), “Percepção geral de segurança do paciente” (42,9%). É importante destacar que, ao analisar as associações das dimensões frágeis, chamou atenção a D7, quanto maior o número de notificações, menor o número de respostas positivas ($p < 0,001$). Ou seja, isso reflete as experiências vividas pelos notificantes em relação às respostas aos erros notificados e valida os achados em relação à fragilidade neste aspecto da cultura

de segurança, ao inferirem que a cultura organizacional, pautada na culpabilização, gera omissão de relatos e limita a efetivação da cultura de segurança ao paciente.¹¹

Outros estudos também deram ênfase à problemática da cultura punitiva, com 78% de não notificação² e 55,4% de respostas negativas ao tratar os erros, sendo área crítica de maior percentual.²¹ Vale lembrar da importância das notificações para o Serviço Nacional de Vigilância Sanitária, no sentido de garantir abordagens mais efetivas e rápidas ao identificar eventos adversos que podem resultar em óbito²⁹, além do aprendizado da notificação na promoção da cultura do paciente.

Apesar de os resultados da instituição em estudo mostrar-nos um espaço propício à segurança do paciente, ainda é perceptível a dificuldade de lidar com os erros (38,9%) um dos indicadores mais frágeis deste estudo. Considerando as concepções teóricas do “errar é humano”, o erro humano fundamenta-se na concepção de que o ser humano é falível e sujeito a falhas, e portanto, é necessário produzir defesas no sistema.³

O erro humano pode ser tratado sob duas perspectivas: abordagem pessoal e abordagem sistêmica.³ A primeira concentra-se nos atos inseguros, onde o profissional pode cometer atos inseguros, erros e violações de procedimentos. A segunda trata o erro como uma consequência em vez de causa, uma vez que o processo de trabalho, se não contiver mecanismos de barreiras e alertas aos profissionais, podem conduzi-los a falhas. Portanto, o desafio das organizações é compreender a dimensão dos riscos ineridos em cada processo de trabalho e estabelecer barreiras que minimizem as chances da ocorrência do erro. Isso porque, em uma abordagem pessoal, eles são originados de processos mentais, como: esquecimento, desatenção, desmotivação, descuido, negligência, imprudência e fadiga.⁷

Referenciando a Teoria do “Queijo suíço”, as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, a organização e o funcionamento são os principais precursores para a ocorrência de eventos adversos.¹ Nesta teoria, as defesas que impedem o erro de acontecer são quebradas por duas razões: falhas ativas e condições latentes. As falhas ativas são representadas pelos atos inseguros, cometidos pelas pessoas que estão em contato direto com o sistema. As latentes são os riscos inerentes ao processo de trabalho, os quais devem ser levantados, tratados e amenizados. Ressalta-se que os erros mais comuns no cotidiano da assistência de enfermagem podem estar associados aos atos inseguros, como a falta de checagem de medicamentos e uso inadequado de equipamentos de proteção individual (EPI);

os associados ao sistema institucional, como a baixa qualidade de insumos materiais e falta de normas e rotinas institucionais.²⁹ Considera-se que o evento adverso é a forma mais simples de se reconhecer o erro humano de forma quantitativa, oriundo ou não de atos intencionais, sendo perceptível que ele interfere diretamente na segurança do paciente. Por isso, é recomendada pela OMS a necessidade de reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano associado ao cuidado.⁴

Portanto, mecanismo de defesa deve estar íntegro para evitar a ocorrência do evento perigoso.⁴ Se as instituições de saúde de fato compreenderem o poder de suas ações para minimizar os riscos, as chances de alcançar um cuidado seguro são consideravelmente elevadas. Assim, haverá um sistema que assegure a qualidade dos serviços prestados e que respeite a vida humana.²

Na D6, a maior fragilidade foi identificada na variável A14R, 41,2% de concordância e 33,0% de respostas neutras. A instituição avaliada é referência em urgência e emergência, sendo então característica liderar com situações de agilidade, necessitando promover um ambiente que amenize o impacto dessas pressões. Os profissionais de saúde necessitam de autocontrole em situações de altas demandas, o que possibilita a tomada de decisões para escolher a melhor forma de como fazer o que lhe é exigido. Um bom relacionamento no ambiente de trabalho afeta diretamente no modo de agir.³²

Os participantes estão entre 20 e 49 anos. Um maior grau de estresse no trabalho já foi identificado nesta faixa etária.³² Já se identificou que profissionais insatisfeitos apresentam altas taxas de rotatividade, estando associada à ocorrência de eventos adversos, como erros de medicação, infecções nosocomiais e quedas.³³ A contribuição deste estudo, é atentar para o estilo da atividade exercida, que exige uma expertise para lidar com situações de estresse e agilidade, devendo as equipes serem preparadas para esse fim do ponto de vista comportamental e de desenvolvimento de habilidades humanas.

Na D11, destacou-se o percentual de neutras 45,3%, diante de 42,9% de respostas positivas, inferindo dificuldade dos profissionais de afirmarem a cultura de segurança e não se posicionarem. Dentre os itens avaliados, houve discordância de 25,7% sobre a variável “a segurança jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluído” e 17,9% concordaram que é “apenas por acaso que erros mais graves não acontecem por aqui.” Considerando que a cultura de segurança é um produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões

de comportamento de grupo e de indivíduos relacionados à segurança⁶, compreende-se que a efetivação de uma cultura de segurança dá-se quando a instituição e o grupo a entendem como valor e atitudes habituais do processo de trabalho. É uma ampla percepção de todo grupo quanto aos aspectos administrativos, instrucionais e comportamentais.¹⁸

Estes números trazem uma percepção de que a cultura de segurança é percebida na instituição ao mesmo tempo em que identifica a necessidade e a importância de lidar com os eventos adversos. Entretanto, é importante um efetivo comprometimento por parte de toda a equipe para reduzir consideravelmente os riscos inerentes ao processo de cuidado.^{36 - 37}

Destaca-se ainda que os itens de melhor avaliação estavam associados ao compromisso da gestão e engajamento da liderança, os quais enfatizam ter um ambiente propício para a cultura de segurança. Difere-se de outros estudos, os quais destacaram um descontentamento dos profissionais em relação às gerências e à administração das instituições.^{15,33,38} Portanto, observa-se um ganho evolutivo, considerando que a instituição em estudo já se encontra em processo de implantação da cultura de segurança há alguns anos. E por isso, entende-se que obter um cenário de gestão envolvida pode ser a base para se aprofundar nas demais questões que são consideradas frágeis e imprescindíveis para um avanço no processo de segurança ao paciente.

Acredita-se que, ao tratar melhor a forma de lidar com os erros, focar na preparação das equipes do ponto de vista comportamental, para melhor lidarem com as situações de crise, bem como definir processos assertivos para facilitar a comunicação e interação entre as equipes, haverá fatores condicionantes para a geração de uma cultura de segurança fortalecida.

Ressalta-se que considerar os perfis comportamentais e habilidades técnicas dos colaboradores para alocá-los nas áreas em que possuem maior domínio e afinidade propicia menor incidência de erros e melhora a dinâmica do grupo,¹⁸ bem como a importância de os gestores atentarem para as práticas de incentivos para efetivação de uma mudança de cultura, embora há riscos de aumentar a tensão entre as equipes ou obter comportamentos contraditórios ao que se espera, se não houver mecanismos de estímulos concretos e bem comunicados. Os colaboradores necessitam perceber os ganhos diretos e indiretos em viverem esse novo modelo de cultura voltada para a segurança do paciente.³⁷ Todos os participantes da organização

são parte fundamental para se efetivar uma mudança de cultura organizacional.

A avaliação precoce dos riscos, as notificações, a identificação de erros, incidentes e eventos adversos, dentre outras taxonomias da segurança do paciente são responsabilidade de todos os profissionais envolvidos, cabendo aos gerentes de riscos e às lideranças dos serviços de qualidade e segurança do paciente implementarem medidas de disseminação de todos os conceitos de segurança do paciente de forma a garantir a segurança nas instituições de saúde.²⁶ Ainda é válido reforçar que as instituições canalizem suas ações na criação de barreiras para evitar os erros e danos, investindo em reestruturação de processos do cuidado e capacitação de suas equipes de forma ampla, tanto em aspectos técnicos, processuais e comportamentais, de forma que a cultura de segurança seja disseminada a partir de ações de prevenção e protocolos relacionados à segurança, e da criação de ambientes de discussão e aprendizagem entre os profissionais.²²

Diante de níveis alarmantes de incidência de eventos adversos, ainda é um desafio para as instituições de saúde promover ações que realmente vão gerar impacto positivo para a efetivação da cultura de segurança. A ANVISA propõe a intensificação à adesão desses serviços às práticas de segurança do paciente, bem como a priorização da vigilância de *never events*, de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e de eventos adversos que resultaram em óbito.³⁷ Percebe-se, então, a necessidade do comprometimento das organizações em se tornarem organizações de alta confiabilidade, alcançando um ambiente de trabalho ideal e altamente confiável, na qual as equipes aprendam juntas, com os pilares bem estruturados: segurança, comunicação aberta, processos de equipe com aprendizagem e valorização dos indivíduos.³⁹

Como limitação do estudo, houve dificuldade de coleta de dados junto às equipes assistenciais e equipe médica, diante do cenário da pandemia do COVID-19, com altas taxas de absenteísmos, *turnover* e excesso de carga de trabalho, obtendo assim limitações de análise em relação à frequência de notificação de eventos adversos, se considerarmos que a equipe assistencial possui maior probabilidade de notificação de eventos adversos. Sendo assim, salienta-se a necessidade de aprofundar estudos relacionados à cultura de segurança que estratifiquem o perfil e comportamento de profissionais por área de atuação.

CONCLUSÃO

Dentre as 12 dimensões avaliadas, destacaram-se aspectos organizacionais, de gestão e de engajamento das equipes para estabelecer uma cultura de segurança. Percebeu-se cumprimento de aspectos normativos, porém pode melhorar a comunicação, passagem de plantão e trabalho de equipe entre as áreas.

Respostas não punitivas aos erros, quadro de funcionários, percepção geral de segurança do paciente foram as dimensões com menores percentuais de respostas positivas, sendo ainda perceptível a dificuldade de lidar com os erros.

Os indicadores de fragilidade evidenciam as dificuldades em efetivar uma cultura justa, que estimule as notificações com o foco no aprendizado e redução de riscos. O modelo de cultura justa é recomendado como uma proposta a ser alcançada em substituição à cultura punitiva.

As instituições precisam canalizar suas ações na criação de barreiras para evitar os erros danos, investindo em reestruturação de processos do cuidado e capacitação de suas equipes de forma ampla, tanto em aspectos técnicos, processuais e comportamentais.

Vinculação Acadêmica

Este artigo é parte da dissertação de mestrado profissional de Juliana Martins Toledo pela Universidade Federal de Viçosa – UFV

Gomes ATL, Silva MF, Morais SHM, Chiavone FBT, Medeiros SM, *et al.* Erro humano e cultura de segurança à luz da teoria “queijo suíço”: análise reflexiva. *Rev Enferm.* 2016; (10):3646-52.

Souza P, Mendes W. *Segurança do paciente, conhecendo os riscos nas organizações de saúde.* 2ª ed. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, FIOCRUZ; 2019. 524p.tgfrfg

Kohn LT, Corrigan JM, Mola S. *To err is Human: building a safer health system.* Washington: National Academy Press; 2000.

Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [acesso em 25 out 2020]. Disponível em: https://www.segurancadopaciente.com.br/central_conteudo/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente/.

Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PA. **Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil**. Belo Horizonte: IESS, 2017. [acesso em 21 set 2018]. Disponível

em: <https://www.yumpu.com/pt/document/view/59596129/anuario-atualizado-0612pdf>.

Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Júnior RF, Farias LPC, Santos CCM, *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc. saúde colet.* 2018; 23(1): 161-72.

Wegnerr W, Silva MUM, Peres MA, Bandeira LE, Frantz E, Botene DZA, *et al.* Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017; 38(1): e68020.

Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on patient Safety Culture. Preparado por Westat, contrato no. 290-96-0004) AHRQ, n. 04-0041. Rockville, MD; 2004, set.

Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(11):2199-2210.

Bião e Silva ACA, Santa Rosa DO. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. *Cogitare Enferm.* 2016; 21: 1-10.

Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika.* 1951; 16(3): 297-334.

Bland JM, Altman DG. Statistics notes: Cronbach's alpha. *BMJ.* 1997; 314(7080): 572.

Lancaster HO, Seneta E. Chi-square distribution. *Encyclopedia of biostatistics.* 2005; 2.

Serrano ACFF, Santos DF, Matos SS, Goveia VR, Mendoza IYQ, Lessa AC. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico. *Rev min enferm.* 2019; 23: e-1183.

Carvalho REFL. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire pra o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança. Tese [Doutorado em Ciências] - Universidade de São Paulo; 2011.

Camelo SHH. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* 2011; 16(4): 734-740.

Mello JF, Barbosa SFF. Patient safety culture in an intensive care unit: the perspective of the nursing team. *Rev Eletrônica de Enf.* 2017;19: 1-12.

Fusari MEK, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Costa VT. Melhores práticas de liderança dos enfermeiros na gestão do risco hospitalar: estudo de caso. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021; 42(esp):e20200194

Donabedian A. The Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med.* 1990; 114: 1115-119.

Malik AM. Gestão da qualidade e segurança do paciente: ações e resultados. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2016; 40: 2318-660.

Notaro KA, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK, Manzo BF. Cultura de segurança da equipe multiprofissional em unidades de terapia intensiva neonatal de hospitais públicos. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019; 27: 1-9.

Schilling MCL. A comunicação e a construção da cultura de segurança do paciente: interfaces e possibilidades no cenário do hospital. Tese [Doutorado em Comunicação Social] - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2017.

Laccort AA, Oliveira GB. A importância do trabalho em equipe no contexto da enfermagem. *Rev UNINGÁ.* 2017; 29(3): 6-10.

Silva MVP, Carvalho PMG. Cultura de segurança do paciente: atitudes dos profissionais de enfermagem de um serviço de pronto-atendimento. *Interdisciplinar.* 2016; 9.

World Health Organization (WHO). Patient safety research: introductory course – session 1. What is patient safety? [place unknow]. [internet] WHO; 2012. [acesso em 26 jun 2021]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/online_course/en/.

Figueiredo ML, D'Innocenzo M. Eventos adversos relacionados às práticas assistenciais: uma revisão integrativa. *Enferm glob*. 2017; 16(47): 605-650.

Nascimento JSG, Rodrigues RR, Pires FC, Gomes BF. Passagem de plantão como ferramentas de gestão para segurança do paciente. *Rev Enferm UFSM*. 2018; 8(2): 544-59.

Alves M, Mello CL. Transferência de cuidado na perspectiva de profissionais de enfermagem de um pronto-socorro. *Rev min enferm*. 2019; 23: e-1194.

Maia CS, Freitas DRC, Gallo LG, Araújo WN. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil 2014-2016. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018; 27(2): e2017320.

Kohn LT, Corrigan JM, Mola S. *To err is Human: building a safer health system*. Washington: National Academy Press; 2000.

Duarte SCM, Queiroz ABA, Büscher A, Stipp MAC. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015; 23(6): 1074-108.

Borine B, Assis CL, Lopes MS, Santini TO. Estresse hospitalar em equipe multidisciplinar de hospital público do interior de Rondônia. *Rev SBPH*. 2012; 15(1): 22-40.

Toso GL, Golle L, Magnago TSBS, Herr GEG, Loro MM, Aozane F, *et al*. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016; 37(4): e58662.

Siman AG, Brito MJM. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016; 37(spe): e68271.

Ministério da Saúde. Plano integrado para a gestão sanitária da segurança do paciente em serviços de saúde 2021-2025, Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2021. [acesso em 15 jun 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-integrado-2021-2025-final-para-publicacao-05-03-2021.pdf>.

Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta paul enferm*. 2012; 25(5): 728-735.

Januário EC. Mudança institucional e estrutura de governança: como as organizações gerenciam as práticas de incentivos. Tese [Doutorado] - Universidade de São Paulo; 2020.

Santos CMP, Lopes RGC, Rocha MLTLF, Santos BP, Sousa MG, Nascimento CC. Cultura de segurança do paciente: perspectiva de profissionais da saúde. Rev enferm UFPE on line. 2019; 13: e.241435.

Lavery JP, Brown JE, Filbey ME. Changing Culture for Patient Safety. Obstetrics & Gynecology. 2014; 123(p24S).

8.2. Cartilha Educativa: A Cultura de segurança do Paciente: as singularidades de um serviço hospitalar.

¹Juliana Martins Toledo, ² Andreia Guerra Siman, ³Luciane Ribeiro de Faria, ⁴Bruno DavidHenriques.

Essa cartilha educativa tem como objetivo fortalecer a “**Cultura de Segurança do Paciente**” em instituições de saúde, principalmente no âmbito hospitalar, trazendo conceitos sobre segurança do paciente, eventos adversos e gerenciamento de riscos.

SEGURANÇA NO CUIDADO AO PACIENTE

Promoção da
Cultura de
Segurança



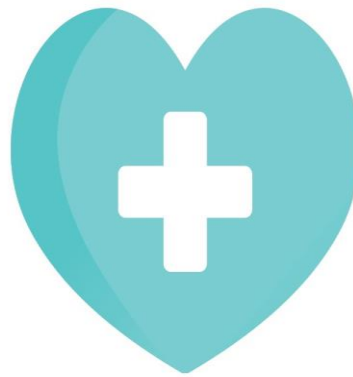
Universidade Federal de Viçosa
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Departamento de Enfermagem e Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde



AUTORIA

Juliana Martins Toledo
Andréia Guerra Siman
Bruno David Henriques
Luciane Ribeiro de Faria

Projeto Gráfico e Diagramação
Carlos Joaquim Einloft
Editora Asa Pequena



APRESENTAÇÃO

Esta é uma cartilha educativa, resultado de uma pesquisa desenvolvida por Juliana Martins Toledo, aluna no programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Viçosa, UFV. A pesquisa intitulada "A cultura de segurança do paciente: a singularidade de um serviço hospitalar" utilizou o questionário *Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC)* como instrumento de mensuração para o contexto hospitalar e foi orientada pela professora Dra Andréia Guerra Siman.

Procuramos de forma clara e objetiva apresentar as dimensões fortalecidas e fragilizadas do local em estudo. Neste material, teremos a oportunidade de conhecermos ferramentas de gestão em saúde, que poderão ser utilizadas para o desenvolvimento e qualificação das equipes multiprofissionais.

Reforçamos que essa cartilha se destina a todos os profissionais de saúde, que atuam diretamente ao cuidado com o paciente e na gestão, que buscam conhecimento e amplitude no conceito de **Cultura de Segurança do Paciente**.



Olá, eu sou a Juh e vim conversar com vocês sobre a importância de uma assistência segura e o fortalecimento da cultura da segurança.

Conceito de Cultura de Segurança:

Cultura são os hábitos, as práticas e os costumes organizacionais. A cultura de segurança é o norteador das práticas seguras nos serviços de saúde. É quando a equipe promove um ambiente que valoriza e prioriza a qualidade do cuidado ao paciente, de forma que todos os profissionais de saúde e de gestão estejam engajados na realização do cuidado, conforme protocolos de Segurança do Paciente, estabelecendo um processo de aprendizado contínuo e diminuição dos eventos adversos.

Vamos conhecer nossos resultados?

NÚMEROS QUE NOS FORTALECEM: Dimensões com alto índice de respostas positivas.



Reconhecimento que a Gestão Hospitalar apoia a segurança do Paciente na Instituição.



Reconhecimento de que as lideranças elogiam as práticas.



Reconhecimento que há aprendizado organizacional e melhorias contínuas.

A certeza de que estamos no caminho certo! Os resultados apresentam uma **cultura de segurança fortalecida nas dimensões acima. Resultados excelentes!**

≥ 75%

Nossa equipe se preocupa com a segurança do paciente e podemos fortalecer nossa cultura ainda mais!

NÚMEROS QUE NOS ALERTAM: Dimensões com baixo índice de respostas positivas, apontando fragilidades.



dos colaboradores ainda têm receio de punição diante dos erros. A preocupação do erro ainda está ligado à pessoa e não ao processo.



dos participantes não percebem a cultura de segurança do paciente. Percepção geral de segurança do paciente.



dos respondentes insatisfeitos com o quadro de funcionários (quantitativo insuficiente).

A segurança do paciente apresenta pontos de alerta nas dimensões frágeis, o que nos chama atenção para as melhorias que deverão ser desenvolvidas pela equipe multiprofissional e gestores da instituição.

RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS:
 Dimensões não frágeis, mas inferiores ao valor de 75%.
 O significa que podemos melhorar.

71,7%

Feedback e comunicação
sobre os erros.

64,5%

Trabalho em equipe
dentro das unidades.

65,5%

Frequência de eventos
notificados.

63,0%

Trabalho em equipe
entre as unidades.

61,0%

Abertura de
comunicação.

51,7%

Transferências internas e
passagens de plantão.

>50% e < 75%



Imagem adaptada de Toleda, 2021

Você sabia que os incidentes ou erros devem ser notificados?

Mas você ainda tem receio em relatar?
Então, vamos trabalhar uma **cultura justa**?

Já aconteceu com você?

REFLEXÃO: Deslizes e enganos são comuns em qualquer prática laboral. Você lembra-se de tê-los cometidos? **Como foi? Como se sentiu? Como poderiam ser evitados?**



Se ocorreu um incidente com você, vamos compreender o processo e o que pode ser feito para não acontecer novamente?



Se existiu um comportamento de risco não intencional, vamos compreender a causa.



Precisamos ter em mente a obrigatoriedade de relatar as ocorrências de incidentes e os quase erros, numa perspectiva educativa.



Dar prioridade à segurança do paciente, como objetivo da gestão do risco em nosso hospital, zelar pela qualidade, boas práticas e cumprir os protocolos mas, diante de situações intencionais, serão adotadas medidas disciplinares.

Assegurar intervenções seguras é a nossa responsabilidade!

Em todos os momentos:

de crise;

de excesso de trabalho;

de conflito;

PRIORIZE A SEGURANÇA, BUSQUE APÓIO!



1 a cada
100

pacientes internados
sofrem algum tipo de
evento adverso.



1 a cada
300

pacientes sofre algum
tipo de evento adverso
enquanto recebe
cuidados de saúde.

Fonte: Adaptado de PROQUALIS, 2018.

Você sabia?



**Comunique as oportunidades
de melhoria, faça a diferença!**



Sem medo, sem receio de expressar
o que pensa da situação vivenciada.

Aceitar o feedback e reconhecer a
oportunidade de melhoria.

Vamos aprimorar a nossa comunicação?

Pontos importantes para uma boa comunicação entre os **profissionais da equipe, pacientes e familiares**:



1

FOCO NO PACIENTE

Escuta ativa a quem fala independente da hierarquia. Saber escutar. Sem interferir ou julgar. Valorizar as preocupações dos pacientes e familiares. Demonstre interesse pelo paciente e por suas preocupações.



2

SEGUIR PADRÕES ESTABELECIDOS

Obter informações, usar perguntas abertas (Como, o quê, quais, me explique). Adequar a linguagem ao paciente e aos profissionais de outras áreas de atuação.



3

EQUIPE

Orientar verbalmente e por escrito, estabelecer ambiente de confiança para apresentação de riscos, erros, dúvidas. Mediar conflitos e contribuir para um clima organizacional positivo e seguro para o paciente.



4

IMPARCIALIDADE

Tomar decisões com base nas informações recebidas.





5

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Ouvir sem criticar, analisar os fatos, propor soluções, agir profissionalmente, sem conflitos pessoais.

MUITA ATENÇÃO NESTES MOMENTOS:



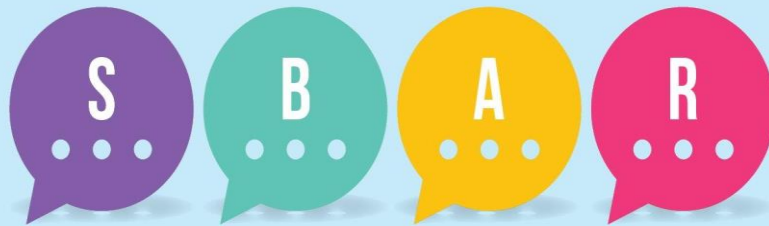
	<p>Passagem de plantão.</p>	<p>Letra legível em registros no prontuário e em formulários.</p> 
	<p>Transferências entre as instituições de saúde.</p>	<p>Carimbo com a identificação do profissional que prestou o cuidado ao paciente.</p> 
	<p>Transição de cuidados entre setores, equipes e turnos.</p>	<p>Alta hospitalar.</p> 
	<p>Prescrição verbal em situações de emergência.</p>	<p>Deixar tudo registrado no prontuário.</p> 



Vamos juntos buscar o fortalecimento da cultura de segurança e em nos tornar uma organização de alta confiabilidade, alcançando um ambiente de trabalho ideal e altamente confiável, no qual as equipes aprendem juntos, trabalham juntos, com os pilares bem estruturados: segurança, comunicação aberta, processos de equipe com aprendizagem e valorização dos indivíduos (LAVERY, et al. 2014).

Você conhece o método SBAR*?

VOCÊ SABIA? Que cerca de 70% dos erros acontecem por falhas de comunicação?



*do inglês Situation, Background, Assessment and Recommendation - Manual para profissionais da saúde

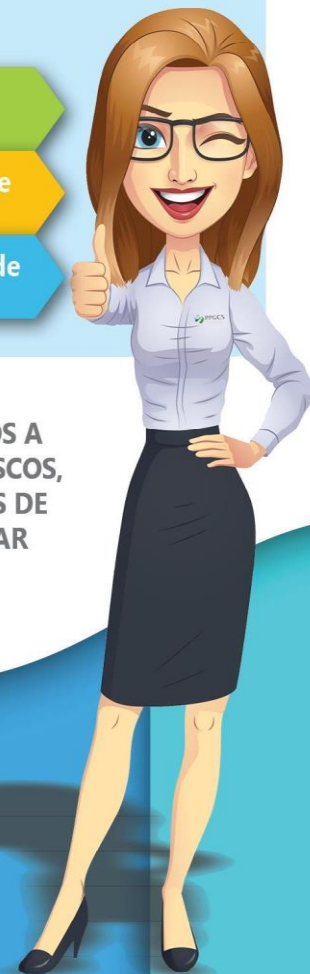
Fonte: Adaptado de Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (2013).

TRANSMISSÃO CLARA, CONCISA E COMPLETA DE INFORMAÇÕES DO CUIDADO PARA EVITAR ERROS.

Inicialmente desenvolvido pelos militares;

Em seguida pela indústria de aviação;

Adotado pelas instituições de saúde;



TODOS SÃO APTOS A IDENTIFICAR OS RISCOS, POSSÍVEIS FONTES DE ERROS E APONTAR SOLUÇÕES.

Diga sim ao Trabalho em Equipe!

AUTORITARISMO E HIERARQUIZAÇÃO SÓ ATRAPALHAM.

PREENCHIMENTO DO DOCUMENTO SBAR

Cabe ao enfermeiro organizar e descrever as informações da ferramenta na transferência do paciente e transição do cuidado, mediante treinamento e protocolo institucional.

O QUE	COMO	EXEMPLO
S (Situação)	Frase concisa sobre o problema	Bom dia, Dr. Fulano, aqui é a enfermeira fulana de tal, estou acompanhando o paciente P. Ele apresentou uma dor torácica de forte intensidade há cerca de 2 minutos, com dispneia e sudorese.
B (Breve Histórico)	Detalhes e contexto pertinentes ao problema	É um homem de 68 anos, com história prévia de doença cardíaca, que sofreu uma colectomia ontem, sem complicações.
A (Avaliação)	Análise e opções consideradas	Pedi um eletrocardiograma. Minha preocupação é que ele esteja tendo um infarto ou uma embolia pulmonar.
R (Recomendação)	Ação Recomendada	É muito importante que o senhor venha imediatamente.

Fonte: Manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, 2013.

Para garantir a segurança, o importante é analisar os fatos, conversar com todos os envolvidos, analisar as etapas de forma sistêmica, sem apontar culpados e propor soluções que evitem erros e danos!

NÃO FALTA TEMPO, FALTA PRIORIDADE!

Vamos juntos priorizar um cuidado seguro? Fortalecer a cada dia mais a nossa cultura de segurança institucional.



Referências

- BORINE, B.; ASSIS, C. L.; et al. Estresse hospitalar em equipe multidisciplinar de hospital público do interior de Rondônia. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro (RJ), jan-jun, 2012. v.15, n.1, p.22-40. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 jul. 2021.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). **Parecer Técnico COREN SP 002/2020**. Ferramenta transferência SBAR. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Parecer-002.2020-Usa-ferramenta-SBAR-por-AE-e-TE.pdf>
- GOMES, A.T.L.; SILVA, M.F.; MORAIS, S.H.M. et al. Erro humano e cultura de segurança à luz da teoria "queijo suíço": análise reflexiva. **Revista de enfermagem**. Recife (PE), n.10(Supl. 4), set., 2016; p.3646-3652. DOI: 10.5205/revol.9681-89824-1-ED.1004sup201616
- HENRIQUES, C.; SILVIA, H. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. **Cogitare, Enfermagem**, v.16, n. 4, p.734-740, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648969021.pdf>
- LAVERY, J.; BROWN, P.; FILBEY, J.E. Changing Culture for Patient Safety. **Obstetrics & Gynecology**: May 2014. v.123. Issue p 24S. doi: 10.1097/01.AOG.0000447285.25949.4c
- NASCIMENTO, J.S.G.; RODRIGUES, R.R.; PIRES, F.C.; et al. Passagem de plantão como ferramentas de gestão para segurança do paciente. **Revista de Enfermagem UFSM**, v.8, n.2, abr-jun, 2018, p.544-559. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769229412>
- PROQUALIS. **10 fatos sobre a segurança do paciente**. Fiocruz, 2018. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/10%20fatos%20sobre%20a%20seguran%C3%A7a%20do%20paciente.pdf>
- SOUZA, P. MENDES, W. (Org.) **Segurança do paciente, conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. 2ª edição. (Revista e Ampliada). Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, FIOCRUZ, 2019. 524p.
- TOLEDO, JULIANA MARTINS. **A cultura de segurança do paciente: as singularidades de um serviço hospitalar**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Departamento de Medicina e Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa, julho de 2021.



9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. User comparative Database Report. Rockville, EUA, 2016.

ANDRADE, L. E. *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 23, p.161-172, 2015.

BIÃO E SILVA, A. C. A.; SANTA ROSA, D. O. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, p. 1-10, 2016.

BLAND, J. M.; ALTMAN, D. G. Statistics notes: Cronbach's alpha. **Bmj**, v. 314, n. 7080, p. 572, 1997.

BORINE, B. *et al.* Estresse hospitalar em equipe multidisciplinar de hospital público do interior de Rondônia. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1. p. 22-40, jan-jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**/Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/central_conteudo/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente/>. Acesso em: 14 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano integrado para a gestão sanitária da segurança do paciente em serviços de saúde 2021-2025**, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-integrado-2021-2025-final-para-publicacao-05-03-2021.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. **Boletins Informativo - Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013. Disponível em: <<http://www.Anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 36, de 25 de julho de 2013**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2013.

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil - Questionário de Atitudes de Segurança**. 2011. 173 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

CAMELO, S. H. H. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Ribeirão Preto, n.16, v. 4. p.734-740, out-dez. 2011.

COUTO, R. C. *et al.* **Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil**. Belo Horizonte: IESS, 2017. <https://www.yumpu.com/pt/document/view/59596129/anuario-atualizado-0612pdf>. Acesso em: 21 set. 2018.

CHIAVENATO, A. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 480p.

_____. **Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso nas organizações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 384p.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, v. 114, p. 1115-1119, 1990.

DUARTE, S. C. M. *et al.* O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 23, p.1074-1108, nov.-dez. 2015.

FUSARI, M. E. K. *et al.* Melhores práticas de liderança dos enfermeiros na gestão do risco hospitalar: estudo de caso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Florianópolis, v. 42 (esp), p. e20200194, 2020.

GOMES, A. *et al.* Erro humano e cultura de segurança à luz da teoria “queijo suíço”: análise reflexiva. **Revista de enfermagem**, Recife, n.10 (Supl. 4), p. 3646-3652, set. 2016.

HARVEY, J. *et al.* An analysis of safety culture attitudes in a highly regulated environment. **Work and Stress**, v. 1, n. 16, p.18-36, 2002.

HOSPITAL ARNALDO GAVAZZA FILHO. Disponível em: <<http://www.hag.com.br>>. Acesso em: 15 mai. 2021.

JANUÁRIO, E. C. **Mudança institucional e estrutura de governança: como as organizações gerenciam as práticas de incentivos**. 2020. 157 p. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

KOHN, L. T. *Et al.* **To err is Human: building a safer health system**. Washington:

National Academy Press, 2000.

LANCASTER, H. O.; SENETA, E. Chi-square distribution. **Encyclopedia of biostatistics**, v. 2, 2005.

MAIA, C. S. *et al.* Registros de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil 2014-2016. **Revista Epidemiológica de Serviços em Saúde**, Brasília, v. 2, n. 27, p. e2017320, 2018.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Patient safety culture in an intensive care unit: the perspective of the nursing team. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 19, p. 1-12, nov. 2017.

NAEVESTAD, T. O. Mapping research on culture and safety in high risk organizations: arguments for a sociotechnical understanding of safety culture. **Journal of Contingencies and Crisis Management**, v. 2, n. 7, p.126-136, 2009.

NASCIMENTO, J. S. G. *et al.* Passagem de plantão como ferramentas de gestão para segurança do paciente. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 8, p. 544-559, abr-jun. 2018.

NOTARO, K. A. *et al.* Cultura de segurança da equipe multiprofissional em unidades de terapia intensiva neonatal de hospitais públicos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, p. 1-9, ago. 2019.

PAESE, F.; SASSO, G. T. M. D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Contexto de enfermagem**, v. 2, n. 22, p.302-310, abr-jun. 2013

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1995. 273p.

PROQUALIS/ICICT/FIOCRUZ. (s.d.). **Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente**. Disponível em: <<http://proqualis.net/>>. Acesso em: 19 out. 2019.

SOUZA, P.; MENDES, W. (Org.) **Segurança do paciente, conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, FIOCRUZ, 2019. 524p.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 7237, n. 320, p. 768-770, mar. 2000.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 28, p. 2199-2210, 2012.

RIGOBELLO, M. C. G. *et al.* Clima de segurança do paciente: percepção dos

profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012.

SANTOS, C. M. P. *et al.* Cultura de segurança do paciente: perspectiva de profissionais da saúde. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, n.13, p. e.241435, 2019.

SCHILLING, M. C. L. **A comunicação e a construção da cultura de segurança do paciente: interfaces e possibilidades no cenário do hospital**. 2017. 226f. Tese (Doutorado em Comunicação Social) - Faculdade De Comunicação Social, Pontifícia Universidade Católica do RioGrande do Sul, Porto Alegre, 2017.

SERRANO, A. C. F. F. *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23, p. e-1183, 2019.

SILVA, M. V. P.; CARVALHO, P. M. G. Cultura de segurança do paciente: atitudes dos profissionais de enfermagem de um serviço de pronto-atendimento. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 9, n. 1, jan-fev-mar. 2016.

SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. **Hospital Survey on patient Safety Culture**. Washington: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.

TAVAKOL, M.; DENNICK, R. Making sense of Cronbach's alpha. **International journal of medical education**, v. 2, p. 53, 2011.

TOMAZONI, A. *et al.* Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 22, p. 755-763, 2014.

TOSO, G. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 4, n. 37, p. e58662, dez. 2016.

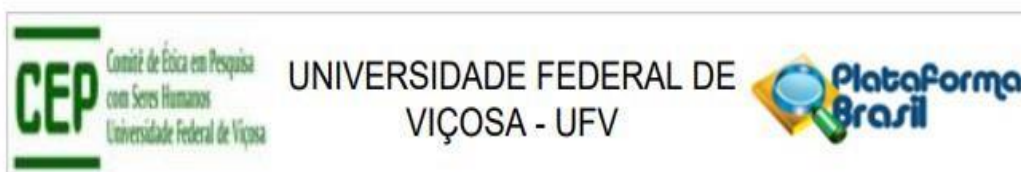
VASSEM, A. S. *et al.* Fatores constituintes da cultura de segurança: olhar sobre a indústria de mineração. **Gestão Produção**, São Carlos, v. 24, n. 4, p. 719-730, 2017.

WEGNERR, W. *et al.* Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. e68020, mar. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: World Alliance for Patient Safety. **Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report**. Genebra: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety research: introductory course – session 1. What is patient safety?** Genebra: WHO, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/research/online_course/en/>. Acesso em: 26 jun. 2021.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO PELO CEP UFV



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Pesquisador: Marilane de Oliveira Fani Amaro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25494719.8.0000.5153

Instituição Proponente: Universidade Federal de Viçosa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.847.747

ANEXO B - SUBMISSÃO DO ARTIGO

1 de 10.746 < >

----- Mensagem encaminhada -----

De: "Cadernos de Saude Publica" <cadernos@fiocruz.br>

Para: "julianatoledo30@yahoo.com.br" <julianatoledo30@yahoo.com.br>

Cc:

Enviada: sáb., 10 10e jul. 10e 2021 às 3:32

Assunto: Novo artigo (CSP_1734/21)

Prezado(a) Dr(a). Juliana Martins Toledo:

Confirmamos a submissão do seu artigo "A cultura de segurança do paciente: as singularidades de um serviço hospitalar" (CSP_1734/21) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Profª. Marília Sá Carvalho
Profª. Claudia Medina Coeli
Profª. Luciana Dias de Lima
Editoras

Ativar o Windows

**Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health**

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Fundação Oswaldo Cruz

Rua Leopoldo Bulhões 1480

Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil

Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737

cadernos@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL (HSOPSC) NA VERSÃO BRASILEIRA

Pesquisa sobre Segurança do Paciente

em Hospitais (HSOPSC) Instruções

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

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

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

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

SECÃO A: Sua área/unidade de trabalho

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

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

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

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

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

6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

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

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

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

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

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

SEÇÃO C: Comunicação

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
--	---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

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

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

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

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

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

SEÇÃO F: O seu hospital

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

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turnos são problemáticas para os pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

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

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

SEÇÃO H: Informações gerais

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

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

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

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

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

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

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

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

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

SEÇÃO H: Informações gerais (continuação)

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

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

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

7. Qual o seu grau de instrução:

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

8. Qual a sua idade? _____ anos

9. Indique o seu sexo:

- a. Feminino b. Masculino

SEÇÃO I: Seus comentários

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança de paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital.

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“Cultura de Segurança do Paciente sob a ótica da equipe multiprofissional”**, que tem como objetivo geral avaliar a cultura de segurança do paciente estabelecida em um hospital filantrópico da Zona da Mata Mineira. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é identificar qual a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente e compreender como se dá esse processo nesse hospital estudado e contribuir na melhoria da qualidade de segurança do paciente.

Sua participação será muito importante, pois esta pesquisa permitirá aos profissionais de enfermagem, gestão hospitalar e das demais áreas que atuam junto à segurança do paciente a compreender as necessidades, o que ajudará a ofertar um cuidado que seja mais voltado para as reais necessidades e que minimizem erros.

Caso aceite participar desta pesquisa, serão coletados os dados aplicando-se o questionário intitulado **“Pesquisa sobre a Cultura de Segurança do Paciente em Hospital – HSOPSC”**, elaborado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* do governo dos Estados Unidos das Américas. O tempo previsto para responder o questionário é de aproximadamente 15 minutos. Somente as pessoas envolvidas na realização desta pesquisa terão acesso ao seu conteúdo. Os dados serão utilizados apenas para fins científicos.

São garantidos o sigilo das informações e o anonimato dos participantes. A sua identidade será mantida sob sigilo absoluto durante a divulgação dos resultados da pesquisa em eventos e publicações científicas. Em qualquer etapa da pesquisa, você poderá pedir esclarecimentos sobre o andamento dos dados, bem como não responder a qualquer pergunta caso se sinta incomodado em continuar.

Você não terá nenhum gasto e não receberá qualquer vantagem financeira para participar desta pesquisa. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. Esta pesquisa acarretará riscos mínimos, relacionados ao fato de as experiências que relatar trazer desconfortos emocionais. Caso isso ocorra a pesquisadora estará pronta a ouvi-lo(a). O Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido (a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

O presente termo será assinado em duas vias. Uma ficará com você e a outra como pesquisador. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período mínimo de cinco anos após o término da pesquisa. Depois desse tempo, os mesmos serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos. Se precisar de esclarecimentos pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa: Telefone (31) 3612-2316.

Eu, _____,
contato

_____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa "**Cultura de Segurança do Paciente sob a ótica da equipe multiprofissional**" de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Nome do Pesquisador Responsável: Andréia Guerra Siman
E-mail: ago.80@hotmail.com

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UFV – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Universidade Federal de Viçosa
Edifício Arthur Bernardes, piso inferior Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário
Cep: 36570-900 Viçosa/MG
Telefone: (31)3612-2316 Email: cep@ufv.br www.cep.ufv.br

Viçosa, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador