

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JÉSSICA CEZARIO DE SOUSA

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL
REGIONAL GOIANO

GOIÂNIA, 2019

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ Dissertação ☐ Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

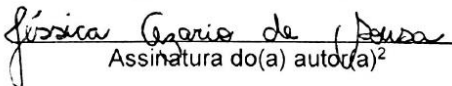
Nome completo do autor: Jéssica Cezario de Sousa

Título do trabalho: Cultura de Segurança do Paciente em um hospital regional goiano

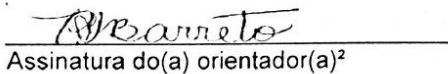
3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:


Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 02 / 12 / 19

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

² A assinatura deve ser escaneada.

JÉSSICA CEZARIO DE SOUSA

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL
REGIONAL GOIANO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás como requisito para a obtenção de título de Mestre.

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado a saúde humana

Linha de pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica para o cuidar em saúde e enfermagem

Orientador: Prof.^a Dr.^a Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto

GOIÂNIA, 2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Cezario de Sousa, Jéssica
Cultura de Segurança do Paciente em um hospital regional goiano
[manuscrito] / Jéssica Cezario de Sousa. - 2019.
LXXXIX, 89 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Regiane Aparecida dos Santos Soares
Barreto.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Goiânia, 2019.
Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui siglas, mapas, fotografias, abreviaturas, símbolos, gráfico,
tabelas, algoritmos, lista de figuras, lista de tabelas.

1. segurança do paciente. 2. eventos adversos. 3. hospitais
públicos. I. Aparecida dos Santos Soares Barreto, Regiane, orient. II.
Título.

CDU 616-083



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE JÉSSICA CEZÁRIO DE SOUSA. Aos onze dias do mês de dezembro de dois mil e dezenove (11/12/2019), às 14h10min, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora Profª. Drª. Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto (Orientador(a)/Presidente/PPGENF-FEN/UFG), Profª. Drª. Cristiane da Costa Luciano (Membro Externo/FEN/UFG) e Profª. Drª. Valéria Pagotto (Membro Interno/PPGENF-FEN/UFG), além da presença do membro externo suplente, Enf Dr Carlos Cristiano Oliveira de Faria Almeida, sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada na Sala Pequi, da Faculdade de Nutrição, para procederem à avaliação da defesa de Dissertação intitulada: **“CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL REGIONAL GOIANO”**, de autoria de **Jéssica Cezário de Sousa**, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela Profª. Drª. Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto, Presidente da Banca Examinadora, que fez a apresentação formal dos demais membros. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Dissertação que, em 40 minutos, apresentou seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinanda, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta no Regulamento Geral dos Programas de Pós-Graduação Stricto Sensu da Universidade Federal de Goiás (Resolução CEPEC nº. 1403/2016) e no Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Resolução CEPEC nº. 1469/2017), a Dissertação foi:

APROVADA, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **MESTRE EM ENFERMAGEM**, na área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da Dissertação, com as correções solicitadas pela banca e do comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta Dissertação para publicação em periódicos de circulação nacional e/ou internacional no prazo de até 30 dias.

A comissão examinadora teceu as seguintes considerações alinhamento da redação dos resultados com discussão, aprofundamento da discussão.

Proclamados os resultados pela Professora Doutora Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos demais membros da Banca.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **Regiane Aparecida Dos Santos Soares Barreto, Professor do Magistério Superior**, em 11/12/2019, às 16:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Valéria Pagotto, Professor do Magistério Superior**, em 11/12/2019, às 16:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

06/01/2020

SEI/UFG - 1050432 - Ata de Defesa de Dissertação



Documento assinado eletronicamente por **Cristiana Da Costa Luciano, Professor do Magistério Superior**, em 11/12/2019, às 17:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1050432** e o código CRC **5DF1C2F7**.

Referência: Processo nº 23070.044970/2019-15

SEI nº 1050432

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Tírsa e Manoel.

*Por anos de sacrifício e
dedicação.*

*Por serem meu alicerce e meu
porto seguro em todos os
momentos da minha vida.*

Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Palavras não serão suficientes para expressar a minha felicidade na conclusão deste trabalho, e principalmente, o sentimento de gratidão que tenho por todos aqueles que de alguma forma contribuíram para sua realização.

Agradeço primeiramente à Deus. Sou grata a tudo o que o Senhor me concedeu. Por cada momento da minha vida, e por cada pessoa que foi colocada nela. A Ti seja honra e o louvor para todo o sempre.

Agradeço a minha orientadora, Prof^a Dr^a Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto, por compartilhar seu conhecimento que me guiou e irá me guiar na minha vida profissional. Pela paciência e respeito que sempre recebi. Sou imensamente grata e honrada por ser sua orientanda, e por ter sempre acreditado em mim e no meu potencial.

Agradeço aos professores, Dr^a Valéria Pagotto, Dr^a Cristiana da Costa Luciano e Dr^a Karina Suzuki, por terem aceitado participar da minha banca de qualificação, como titulares e suplentes. Pela experiência, conhecimento e sugestões que contribuíram grandemente para a melhoria do trabalho. Somente Deus poderá recompensar. E aos professores, Dr^a Valéria Pagotto, Dr^a Cristiana da Costa Luciano, Dr^a Ana Lúcia Queiroz Bezerra e Dr Carlos Cristiano Oliveira de Faria Almeida, por terem aceitado participar da minha banca de defesa, já sou extremamente grata à vocês.

Agradeço aos meus pais, Tírsa e Manoel, por sempre terem me incentivado a ser uma pessoa melhor e acreditar no meu potencial, quando nem eu mesma acreditava. Por toda paciência, amor e

carinho que me foi dado. Não imagino minha vida sem vocês, são tudo pra mim. Essa conquista é igualmente de vocês.

Agradeço aos meus irmãos, Alyne, Maíza e Jônatas, por sempre cuidarem de mim e me amarem. Por nunca duvidarem do que sou capaz. Agradeço a toda minha família, pelos valores e princípios que ensinaram. Por ser o meu tesouro mais valioso.

Aos meus avós maternos Pedro Ferreira de Souza Filho (in memoriam), que nos deixou esse ano, porém seus ensinamentos e presença se faz eterna para mim; Edith Salgado de Souza, a avó mais moderna, me incentiva a ser corajosa. Como somos parecidas! Aos meus avós paternos, Gastão Cezário e Geralda Gomes da Silva (in memoriam), porque sei que lá de cima torcem por mim.

Agradeço aos meus tios, primos, amigos e a todas pessoas que em algum momento dessa trajetória estiveram presente, me incentivaram, me acalentaram e me fizeram permanecer, me apoiando de todas as formas possíveis. Amo vocês.

Agradeço a todos da PPGENF/FEN, pelo auxílio e suporte. Por proporcionar aos discentes condições favoráveis para nossa aprendizagem. Agradeço aos meus colegas da pós, pelo apoio e a oportunidade de compartilhar com vocês esses dois anos de mestrado, em muitos momentos nós nos apoiamos uns nos outros.

Minha eterna gratidão a todos.

RESUMO

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde, a Segurança do Paciente é caracterizada como a redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde a um mínimo aceitável. Já a Cultura de Segurança do Paciente é descrita como um produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi analisar a Cultura de Segurança do Paciente na perspectiva da equipe de saúde de um hospital regional público do estado de Goiás. **Metodologia:** Foi aplicado o questionário *Hospital Survey of Patient Safety Culture* (HSOPSC) adaptado e validado para o Português. A frequência percentual de cada dimensão foi calculada e classificada em área de força, área neutra e área com potencial de melhoria para a Segurança do Paciente. **Resultados:** A população alvo consistiu em 197 trabalhadores e profissionais da área de saúde do hospital estudado, dos quais 152 responderam ao questionário. A equipe de saúde da instituição estudada era composta principalmente por pessoas do sexo feminino, com idade entre 40 e 49 anos, segundo grau completo e com especialização. A maior parte dos respondentes desta pesquisa eram trabalhadores da área da saúde (44,7%), seguidos por profissionais da área da saúde de nível médio/técnico (27,6%) e profissionais da área da saúde de nível superior (27,6%). As dimensões do questionário HSOPSC que receberam mais repostas positivas e foram classificadas como “áreas neutras” foram: “aprendizagem organizacional”, “expectativas da direção para a segurança” e “trabalho em equipe na unidade”. Todas as outras dimensões foram classificadas como “área com potencial de melhoria” para a Segurança do Paciente. A maior parte dos respondentes (82%) não reportou nenhum evento adverso nos últimos 12 meses. Em geral, os profissionais da área da saúde de nível superior apresentaram menor percepção a respeito das dimensões apresentadas no questionário. A maioria dos respondentes classificaram a segurança do paciente como “muito boa” ou “regular” no hospital estudado. **Conclusão:** Concluiu-se que esse hospital apresenta uma Cultura de Segurança do Paciente frágil na perspectiva da equipe de saúde, com a maioria das dimensões apresentando potencial de melhoria e nenhuma área de força. Tais evidências servem para reforçar o planejamento de estratégias para a Segurança do Paciente nessa instituição.

Palavras-chave: segurança do paciente; eventos adversos; hospitais públicos.

ABSTRACT

Introduction: According to the World Health Organization, Patient Safety is characterized as reducing the risk of unnecessary harm associated with health care to an acceptable minimum. Patient Safety Culture is described as a product of values, attitudes, skills and behavioral patterns that determine the commitment, style and proficiency of running a healthy and safe organization. **Objective:** The aim of this study was to analyze the PSC from the perspective of the health team of a public regional hospital in the state of Goiás. **Methods:** We applied the *Hospital Survey of Patient Safety Culture* (HSOPSC) questionnaire adapted and validated for Portuguese. The percentage frequency of each dimension was calculated and classified into area of strength, neutral area and area with potential for improvement for Patient Safety. **Results:** The target population consisted of 197 workers and health professionals from the studied hospital, of which 152 answered the questionnaire. The health team of the institution studied was mainly composed of females, aged between 40 and 49 years, with completed high school and with specialization. Most respondents to this survey were health workers (44.7%), followed by technical health professionals (27.6%) and higher-level health professionals (27.6%). The dimensions of the HSOPSC questionnaire that received the most positive responses and were classified as “neutral areas” were: “organizational learning”, “safety direction expectations” and “teamwork in the unit”. All other dimensions were classified as “areas with potential for improvement” for Patient Safety. Most respondents (82%) reported no adverse events in the last 12 months. In general, higher-level health professionals had a worst perception about the dimensions presented in the questionnaire. Most respondents rated patient safety as “very good” or “fair” in the hospital studied. **Conclusion:** We concluded that this hospital has a fragile Patient Safety Culture from the perspective of the health team, with most dimensions showing potential for improvement and no area of strength. Such evidence serves to reinforce the strategy planning for Patient Safety in this institution.

Keywords: patient safety; adverse events; public hospitals.

RESUMEN

Introducción: Según la Organización Mundial de la Salud, la Seguridad del Paciente se caracteriza por reducir el riesgo de daños innecesarios asociados con la atención médica a un mínimo aceptable. La Cultura de Seguridad del Paciente se describe como un producto de valores, actitudes, habilidades y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia para administrar una organización sana y segura. **Objetivo:** El objetivo de este estudio fue analizar la Cultura de Seguridad del Paciente desde la perspectiva del equipo de salud de un hospital público regional en el estado de Goiás. **Metodología:** Se aplicó el cuestionario *Hospital Survey of Patient Safety Culture* (HSOPSC) adaptado y validado para portugués. La frecuencia porcentual de cada dimensión se calculó y clasificó en área de fuerza, área neutral y área con potencial de mejora para la seguridad del paciente. **Resultados:** La población objetivo consistió en 197 trabajadores y profesionales de la salud del hospital estudiado, de los cuales 152 respondieron el cuestionario. El equipo de salud de la institución estudiada estaba compuesto principalmente por mujeres, con edades comprendidas entre 40 y 49 años, de secundaria y con especialización. La mayoría de los encuestados en esta encuesta eran trabajadores de la salud (44.7%), seguidos por profesionales de la salud de nivel medio/técnico (27.6%) y profesionales de la salud de nivel superior (27.6%). Las dimensiones del cuestionario HSOPSC que recibieron las respuestas más positivas y se clasificaron como "áreas neutrales" fueron: "aprendizaje organizacional", "expectativas de dirección de seguridad" y "trabajo en equipo en la unidad". Todas las demás dimensiones se clasificaron como "área con potencial de mejora" para SP. La mayoría de los encuestados (82%) no informaron eventos adversos en los últimos 12 meses. En general, los profesionales de la salud de nivel superior tenían menos percepción sobre las dimensiones presentadas en el cuestionario. La mayoría de los encuestados calificaron la seguridad del paciente como "muy buena" o "justa" en el hospital estudiado. **Conclusión:** Se concluyó que este hospital tiene una Cultura de Seguridad del Paciente frágil desde la perspectiva del equipo de salud, y la mayoría de las dimensiones muestran potencial de mejora y no hay área de fortaleza. Dicha evidencia sirve para reforzar la planificación estratégica para Seguridad del Paciente en esta institución.

Palabras clave: seguridad del paciente; eventos adversos; hospitales públicos

LISTA DE TABELAS

Tabela 01:	Características sócio-demográficas dos trabalhadores e profissionais da equipe de saúde. Goiânia - GO, 2019.	48
Tabela 02:	Média de respostas positivas para o HSOPSC. Goiânia - GO, 2019.	50
Tabela 03:	Média de respostas positivas para o HSOPSC, conforme os subgrupos dos trabalhadores e profissionais da equipe de saúde. Goiânia - GO, 2019.	51

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01:	Localização geográfica do município de Itumbiara, Goiás, Brasil. Goiânia - GO, 2019.	39
Figura 02:	Média de respostas positivas para o HSOPSC, conforme os subgrupos dos trabalhadores e profissionais da equipe de saúde. Goiânia - GO, 2019.	51
Figura 03:	Número de eventos adversos relatados à chefia imediata nos últimos 12 meses, na perspectiva geral dos trabalhadores e profissionais da equipe de saúde. Goiânia - GO, 2019.	53
Figura 04:	Número de eventos adversos relatados à chefia imediata nos últimos 12 meses, na perspectiva de cada subgrupo dos trabalhadores e profissionais da equipe de saúde. Goiânia - GO, 2019.	54
Figura 05:	Avaliação do grau de segurança do paciente, na perspectiva geral dos trabalhadores e profissionais da equipe de saúde. Goiânia - GO, 2019.	54
Figura 06:	Avaliação do grau de segurança do paciente, na perspectiva de cada subgrupo dos trabalhadores e profissionais da equipe de saúde. Goiânia - GO, 2019.	55

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AH	Acreditação Hospitalar
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAIS	Centro de Assistência Integral à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CS	Cultura de Segurança
CSP	Cultura de Segurança do Paciente
DRG	<i>Diagnosis Related Groups</i>
EA	Eventos Adversos
ESF	Estratégias Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MS	Ministério da Saúde
NABS	Núcleo de Atenção Básica à Saúde
NIAHO	<i>National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations</i>

NIHCM	<i>National Institute for Healthcare Management</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OAC	Organizações de Alta Confiabilidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SP	Segurança do Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1	HISTÓRICO DA SEGURANÇA DO PACIENTE	19
3.2	CONSEQUÊNCIA DOS EVENTOS ADVERSOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE	23
3.3	ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E A SEGURANÇA DO PACIENTE	26
3.4	A CULTURA DE SEGURANÇA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	27
4	METODOLOGIA	38
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	38
4.2	LOCAL DO ESTUDO	38
4.3	POPULAÇÃO ALVO	40
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	40
4.5	COLETA DE DADOS	40
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	46
4.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS	47
5	RESULTADOS	48
6	DISCUSSÃO	56
7	CONCLUSÕES	64
	REFERÊNCIAS	66
	APÊNCIDES	75
	ANEXOS	77

1. INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente (SP) é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a redução — a um mínimo aceitável — do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (OMS, 2009). Por sua vez, a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) consiste em um produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura (SAMMER et al., 2010). Uma CSP positiva favorece o aprimoramento das práticas seguras e evita a ocorrência de Eventos Adversos (EA) (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; LEE et al., 2016; BASSON et al., 2018).

A fragilidade do sistema de saúde brasileiro e consequente insegurança da assistência, fez com que o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), priorizasse essa problemática na agenda dos sistemas público e privado, criando a Portaria nº 529/2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que visa especialmente “prevenir, monitorar e reduzir a incidência de EA”, promovendo a SP e a qualidade de serviços de saúde no país (ANVISA, 2013a; CRUZ et al, 2018).

Dentre as melhores formas de promoção da SP, os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde possuem as atividades de elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o plano local de SP, implantando protocolos, Cultura de Segurança (CS), monitorando ações e indicadores. Cabe às instituições de saúde a participação ativa por meio da notificação de incidentes e EA no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e da pesquisa da CSP (BRASIL, 2013a; AZEVEDO et al, 2016).

O não cumprimento da legislação constitui-se em infração sanitária, de acordo com a lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977 (BRASIL, 1997), sem prejuízo da responsabilidade civil, administrativa e penal cabíveis, assim como a não elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP). Trata-se de um roteiro para os profissionais estabelecerem ações para promover a segurança e a qualidade dos processos de trabalho nos serviços de saúde (BRASIL, 2013a; AZEVEDO et al, 2016; REIS et al, 2016).

Profissionais de saúde atualmente buscam agir da melhor maneira para proporcionar assistência com o mínimo de danos ao paciente, pois ainda com esforço, é impossível uma assistência livre de imperfeições e erros. A assistência qualificada e segura é responsabilidade de todos e só é alcançada se a CS estiver presente nas instituições no arcabouço da gestão (SIMAN, BRITO, 2016; CRUZ et al, 2018). O enfermeiro, gestor da assistência, pode desenvolver estratégias por meio de protocolos específicos, melhores práticas associadas às barreiras de segurança nos sistemas e à educação permanente (MELO, BARBOSA, 2017).

Os principais elementos de uma CSP incluem liderança eficaz, trabalho em equipe, aprendizagem a partir dos erros e criação de um ambiente de confiança. Sendo assim, avaliar a CSP nas instituições de saúde constitui o primeiro passo e é imprescindível para melhoria da mesma (CASTRO et al, 2018). A avaliação da CSP pode ser adotada para o reconhecimento da situação organizacional e para averiguar o impacto de intervenções realizadas (REIS, MARTINS, LAGUARDIA, 2013).

Atualmente, o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) são instrumentos de avaliação de clima e CSP, respectivamente, bastante utilizados mundialmente e ambos foram validados para a realidade brasileira e disponibilizados para utilização nos serviços de saúde (CARVALHO; CASSIANI, 2012; REIS, 2013). Um estudo conduzido nos EUA avaliou a confiabilidade e validade preditiva do SAQ e do HSOPSC, sendo a confiabilidade semelhante em ambos os instrumentos, deixando a decisão sobre a escolha entre um ou outro instrumento a cargo do pesquisador ou o líder de SP da organização (ETCHEGARAY, THOMAS, 2012).

Em um estudo acerca das produções científicas relacionadas a CSP conduzidas no Brasil, Silva et al. (2017) encontraram apenas nove artigos científicos publicados, identificando uma necessidade de realização de mais pesquisas sobre esse assunto. Em geral, os estudos brasileiros identificaram fragilidades nos valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam a CS em uma organização de saúde. Entretanto, boa parte desses estudos avaliou somente parte dos funcionários das instituições hospitalares, com inclusão de apenas alguns setores ou unidades do hospital (COSTA, 2014; SANTIAGO; TURRINI, 2015; SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015; CÂMARA, 2016).

Diante disto, acredita-se que a avaliação da percepção acerca da CSP sob a ótica de todos os trabalhadores e profissionais atuantes na organização hospitalar é

fundamental para o desenvolvimento de ações que busquem uma cultura positiva e possam refletir diretamente numa assistência à saúde com qualidade e segurança.

Nesta perspectiva, levanta-se uma questão norteadora: Qual a cultura de Segurança do Paciente de um hospital regional público do interior de Goiás na percepção dos trabalhadores e profissionais da equipe de saúde?

A necessidade de avaliar a CSP em um hospital público regional surgiu com o intuito de conhecer a realidade interna da instituição. A aplicação de um instrumento que visa detectar a CSP em uma dada instituição, fornece para os pesquisadores um diagnóstico situacional, para que a partir disso, quaisquer mudanças a serem implementadas, sejam realizadas diretamente no foco do problema, e não ao acaso. Essa avaliação proporciona a identificação das limitações e fragilidades específicas, sendo fonte para subsidiar as ações dos gestores e demais responsáveis.

Compreender quais são os pontos frágeis e os pontos fortes para a SP, possibilita uma visão direcionada para os reais problemas e necessidades que a instituição possui no momento. Além disso, permite a implementação de estratégias que possam fortalecer a CSP, diminuindo a ocorrência de EA evitáveis, gastos desnecessários decorrentes de falhas na assistência e a insegurança dos pacientes, promovendo melhorias em nível mundial na qualidade da assistência prestada.

Perante o exposto, é importante ressaltar o papel da equipe de enfermagem e dos enfermeiros dentro da equipe multidisciplinar, pois estes são responsáveis pelo acompanhamento do paciente durante toda sua internação hospitalar. Esses profissionais exercem influência direta na CSP e são os principais responsáveis pela definição de estratégias emergentes para a melhoria contínua da qualidade de assistência à saúde.

A implementação e concretização de uma CSP positiva podem trazer benefícios inimagináveis para população e para os próprios profissionais. Trabalhar com a CSP é prazeroso, desconstrói paradigmas e muda realidades, por mais difícil que ela seja. Sendo assim, faz-se de suma importância a avaliação da CSP nessa instituição, para que sejam compreendidas quais estratégias deverão ser implementadas futuramente.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de saúde de um hospital regional público.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil profissional e sociodemográfico da equipe de saúde;
- Comparar as dimensões da cultura de segurança do paciente conforme a positividade das respostas da equipe de saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Histórico da Segurança do Paciente

A atenção relativa a SP coincide com a história da medicina. Hipócrates, 460 aC, já preconizava que primeiramente era necessário se preocupar em não causar dano no exercício da assistência à saúde. No século XIX, durante a Guerra da Criméia, a enfermeira Florence Nightingale revolucionou o pensamento da época após perceber que se morria mais no hospital do que no campo de batalha, devido a insalubridade destes ambientes. Diante deste cenário, essa profissional buscou melhoria da higiene do ambiente e assistência aos pacientes, tendo como resultado uma queda significativa da mortalidade, sendo considerada um marco na evolução do conceito SP (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

Ignaz Semmelweis, contemporâneo de Florence, médico obstetra, instituiu a higiene das mãos durante a assistência à saúde, após observar a alta mortalidade materna por febre puerperal, consequente a contaminação das mãos dos médicos e estudantes de medicina que faziam os partos. Apesar de não ter sido bem aceito pela comunidade científica da sua época, sua contribuição para a SP foi fundamental e acrescentou nos pensamentos de Florence (SILVA; MATTOS, 2015).

No início do século XX, Ernest Amory Codman, um cirurgião de *Harvard*, foi pioneiro na preocupação com os desfechos clínicos dos pacientes, se empenhando em encontrar respostas para os maus desfechos. Ficou conhecido por ter publicado um livro com seus próprios erros durante suas cirurgias. Acreditava que os hospitais precisavam acompanhar os pacientes, avaliar o sucesso e o fracasso da sua assistência, e tentar descobrir as causas para o que não deu certo, visando prevenir recorrência de erros no futuro, e a aprendizagem com os mesmos (HOWELL; AYANIAN, 2016).

Ainda na segunda metade do século XX, a abordagem sobre qualidade do cuidado de saúde emergiu nos EUA a partir do trabalho de *Donabedian*, o qual afirmava que a avaliação da qualidade é o julgamento a respeito do processo do cuidado, baseado na medida do quanto este contribui para resultados desejáveis (DONABEDIAN, 1988).

A partir da ideia de *Donabedian* (1988) surgiram vários conceitos de qualidade em saúde relacionados à prestação de cuidados e aos serviços, sendo a do IOM mais

frequentemente empregada, a qual define qualidade do cuidado de saúde como o grau em que os serviços prestados ao paciente diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis e aumentam a desfechos favoráveis, de acordo com o conhecimento científico corrente (FARIAS, 2016).

Dessa forma, o *Institute of Medicine* (IOM), renomada instituição de pesquisa nos EUA, baseado nestes estudos citados criou um relatório, em 1999, intitulado “*To err is human: Building a Safer Health System*”, reforçado por uma segunda publicação, *Crossing the Quality Chasm*, os quais retratavam a grave situação dos EA no país. Estes relatórios trouxeram a ideia que os problemas não são as pessoas, mas sim sistemas e processos de assistência falhos, dando ênfase à necessidade do fortalecimento de uma CS em termos organizacionais. Assim, o tema SP tornou-se prioridade mundial (IOM, 2000; GARTSHORE; WARING; TIMMONS, 2017).

O relatório *To err is human* também destacou a necessidade de fortalecimento da CS pelos gestores das organizações de saúde, e a importância de considerar a aplicação dos procedimentos e técnicas de segurança adotadas pelas Organizações de Alta Confiabilidade (OAC), as quais se preocupam com as falhas, tem compromisso com a resiliência, sensibilidade às operações e CS elevada. Surge assim o termo CS na saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A OMS, em 2002, realizou assembleia mundial determinando a SP como prioridade mundial, e fundou, no ano de 2004, a *World Alliance for Patient Safety*, a qual prevê estratégias, denominadas desafios, para a redução de EA aos usuários de serviços de saúde. Nesta perspectiva, as estratégias preconizadas pela OMS contribuem para a construção da CS, ou seja, mudanças nos padrões de comportamento dos profissionais de saúde, a fim de que suas atitudes respeitem os princípios da qualidade assistencial (BRASIL, 2014).

A ANVISA, por meio da norma regulamentadora, Resolução Diretoria Colegiada (RDC), nº 36 de 25 de julho de 2013, institui a obrigatoriedade da criação dos NSP em todas as instituições de saúde, excluídos os serviços de atenção domiciliar (ANVISA, 2013a).

A qualidade assistencial almejada decorreu das experiências positivas observadas nas indústrias de alto risco, como a energia nuclear e a aviação, que implementaram com sucesso a CS e a redução de risco ao longo dos anos (VASCONCELOS et al., 2018). Outras parcerias internacionais como a *Joint Commission International* (JCI), *National Patient Safety Agency*, e a *National Healthcare Research*

and Quality foram fundamentais para a implementação de pesquisas e fomento para a melhoria da SP (TOMAZONI et al, 2015).

O IOM define seis áreas da qualidade da assistência à saúde, a saber: segura (livre de danos passíveis de prevenção); efetiva (os melhores desfechos clínicos possíveis, segundo as evidências científicas); eficiente (sem desperdício de recursos humanos, financeiros, insumos/equipamentos); oportuna (sem atrasos desnecessários); centrada no paciente/na família (de acordo com os desejos e valores dos pacientes e de suas famílias); equitativa (eliminando disparidades em desfechos entre pacientes de diferentes etnias, gêneros e situações socioeconômicas) (IOM, 2000).

No Brasil, as discussões sobre a temática foram iniciadas no ano de 2002 com a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela pela ANVISA, com participação voluntária para a finalidade de notificar EA e queixas técnicas (SILVA et al, 2017). Somente no ano de 2013 foi criado o PNSP, pelo MS e ANVISA, quando a SP e a qualificação do cuidado em saúde tornaram-se prioridade nacional. Foi fundamental para dar mais visibilidade à prevenção dos EA, fomentar ações visando minimizar as consequências dos problemas prevalentes ao longo do cuidado, e passou a ser compromisso para todos os estabelecimentos de saúde, públicos e privados, do território nacional, abordar estratégias de CS (BRASIL, 2013a).

Em relação a gestão de riscos, voltados a qualidade e SP, princípios e diretrizes, o MS publicou a Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013 (BRASIL, 2013b), instituindo os Protocolos Básicos de SP relacionados a Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Lesão por Pressão. A Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 instituiu o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos, e também os protocolos de Prevenção de Quedas e o Protocolo de Identificação do Paciente (BRASIL, 2013b).

Nessa perspectiva, a SP desde os primórdios da medicina, passando pelo século XIX com a personalidade da Florence Nightingale e outros atores, até os dias atuais caminha na busca da melhoria da qualidade da assistência e da segurança dos processos.

Em 2009 a OMS criou a Classificação Internacional para a SP (*International Classification for Patient Safety*) a qual uniformiza alguns termos com objetivo de permitir a categorização da informação sobre a SP (Quadro 1), utilizando um conjunto de conceitos padronizados com definições claras, uma terminologia própria, e as

relações entre eles, baseados numa ontologia de domínio explícita. O objetivo da classificação foi facilitar a comparação entre as diferentes pesquisas ao redor do mundo. São definidos termos como incidente, danos, erros, SP e CS (OMS, 2009; 2011).

Quadro 1: Tipos de incidentes na temática da segurança do paciente.

Circunstâncias notificáveis	<i>Near miss</i>	Incidentes sem dano	Incidentes com dano (eventos adversos)
Incidente com potencial dano ou lesão.	O incidente ocorreu, mas não atingiu o paciente	Evento que ocorreu a um paciente, mas não chegou a resultar em dano	Incidente que resulta em dano para o paciente (danos não intencionais decorrentes da assistência, e não relacionadas à evolução natural da doença de base).

Fonte: Anvisa, 2013a.

Entende-se por dano o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo assim ser físico, social ou psicológico (ANVISA, 2013a; SOUSA; SILVA; BEZERRA, 2018).

Os erros teoricamente são não intencionais, podendo ser latentes, quando originados por falhas no sistema ou ativos, quando são cometidos por um profissional que está em contato direto com os pacientes, sendo resultado da ação ou da omissão (SOUSA; MENDES, 2014b).

3.2 Consequências dos eventos adversos para a Segurança do Paciente

A SP é a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável (OMS, 2009). A todo momento ocorrem incidentes

que afetam direta ou indiretamente os pacientes sob cuidados de saúde. Nos Estados Unidos da América (EUA), estima-se que entre 44 mil a 98 mil pessoas morrem por ano devido a erros e EA evitáveis, taxas maiores que acidentes de trânsito, câncer de pulmão ou Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) (ANDRADE, LOPES, SOUZA FILHO, 2018).

Por sua vez, o Brasil possui uma das maiores taxas de EA evitáveis de todo o mundo (ANDRADE, LOPES, SOUZA FILHO, 2018). Os EA causam insegurança para os pacientes, gerando consequências tais como, incapacidade física e psíquica, mortes, custos sociais e prejuízos como o sofrimento, perda da dignidade, do respeito, além de elevar o custo assistencial (COUTO, PEDROSA, ROSA, 2016).

No mundo, anualmente, ocorrem 421 milhões de internações com cerca de 42,7 milhões de EA (JHA et al, 2013). No relatório de 2000, "Errar é humano", o Instituto de Medicina estimou que as mortes anuais nos EUA eram devidas a falhas da assistência médico hospitalar (IOM, 2009). Aproximadamente, 1 milhão de pacientes por ano admitidos nos hospitais norte americanos ao ano eram vítimas de EA assistenciais, mais da metade oriundos de erros preveníveis, enquadrando na quarta maior causa de mortalidade naquele país (KOHN et al, 2000).

Com o decorrer dos anos houve redução das falhas, porém as estimativas mais recentes de óbitos determinados por danos relacionados à assistência hospitalar mostram números alarmantes. Estima-se que atualmente o erro assistencial seja a terceira causa de morte nos EUA, atrás somente de doenças cardiovasculares e câncer, podendo chegar a 400 mil óbitos ao ano (MAKARY, DANIEL, 2016).

Nos EUA, um em cada 10 pacientes hospitalizados sofrem um EA (AHRQ, 2014). Uma em cada duas cirurgias tem um erro ou um EA relacionado ao uso de medicação (NANJI et al, 2016). Ocorre um erro de medicação por dia de internação hospitalar (ASPDEN et al, 2007). Cerca de 700 mil pacientes atendidos em emergências anualmente têm um EA relacionado ao uso de medicação, sendo que 120 mil destes pacientes necessitam de hospitalização relacionada a esta ocorrência (BUDNITZ et al, 2006).

Estudo de Balogh, Miller e Ball (2015) mostram que 10% dos óbitos submetidos a estudos de necropsia tiveram pelo menos um erro de diagnóstico. Nos hospitais, esta categoria de erro é responsável por 6 a 17% dos EA. Mais de 12 milhões de pacientes sofrem um erro de diagnóstico ambulatorial e metade destes tem potencial de gerar dano (SINGH et al, 2014).

Os EA geram custos sociais expressivos, associados ao aumento da morbimortalidade hospitalar. Nos EUA, os custos nacionais totais relacionados aos erros assistenciais preveníveis (perda na produção, incapacidade e custos do sistema de saúde) estavam estimados, ao final dos anos 90, entre US\$ 37,6 bilhões e US\$ 50 bilhões ao ano (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 2000).

O Instituto Juran (PORTER, TEISBERG, 2006) e o *National Institute for Healthcare Management* (NIHCM) (NIHCM, 2007), concluíram que cerca 30% dos custos globais com saúde nos EUA são determinados pelas falhas e erros originados na assistência à saúde hospitalar. Atualmente os pacientes com danos adquiridos durante a assistência consomem 10,3% do total de leitos/dia utilizados por toda a população do estudo (DAIBERT, 2015).

Nos EUA, 53% do recurso do setor saúde é público, e desde o Governo George W. Bush, um percentual crescente da remuneração de médicos e hospitais se baseia na entrega de resultados assistenciais. Recentemente foi introduzido um novo modelo de relacionamento com hospitais, paralelo ao estímulo econômico, o de sanções econômicas pela não entrega destes resultados ou pela ocorrência de EA assistenciais. Até o fim de 2016, 30% do pagamento e, até 2018, 50% do pagamento dos prestadores de serviço foi baseado em qualidade e não em quantidade (CMS, 2015).

As mudanças no sistema de saúde americano no Governo Barack Obama, em 2010, com o *Affordable Care Act* (Cuidado acessível), utilizam o modelo de pagamento para induzir a mudança dos resultados dos serviços de saúde. Os novos modelos de pagamento para prestação de serviços assistenciais à saúde estimulam a produtividade dos hospitais e a qualidade, reduzindo os custos pela diminuição de EA hospitalares assim como a redução de readmissões, estimulando também economicamente o cuidado primário. Análise dos impactos publicados em 2016, mostram pela primeira vez, a diminuição da velocidade de crescimento dos custos de saúde nos EUA. O impacto econômico de 2010 a 2015 projetado até 2020 traz uma redução de custos em U\$ 1 trilhão (SCHOEN, 2016).

No Brasil, em estudo retrospectivo, uma amostra randômica de 1.103 adultos de uma população de 27.350 internados em 2003, e a incidência de EA foi de 7,6%, sendo 66,7% destes casos preveníveis. Neste artigo, 8,5% dos pacientes evoluíram para óbito, 34% ocorreram EA e 26,6% preveníveis, com a mortalidade relacionada à EA prevenível sendo de 2,3% (MARTINS et al., 2011).

O estudo de caso controle pareado pela complexidade dos pacientes usando a metodologia do *Diagnosis Related Groups* (DRG) adaptada aos códigos de saúde brasileiros (DRG Brasil), realizado por Daibert (2015) em hospitais acreditados/certificados no Brasil, que atendem exclusivamente à saúde privada, encontrou incidência de 4% de EA em 57.215 pacientes.

Em vista da multiplicidade de formas de pagamento aos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), já que existem incentivos além do pagamento da conta hospitalar, não é possível estimar as perdas econômicas potenciais. Somando-se as estimativas de óbitos extrapoladas para o número de internações por meio do SUS e saúde privada no Brasil em 2015, temos o mínimo de 104.187 a 434.112 possíveis óbitos associados a EA hospitalares/ano (DAIBERT, 2015).

Quando se analisa a ocorrência de óbitos por causas no Brasil encontra-se: 1) 339.672 por doenças do aparelho circulatório; 2) 196.954 por neoplasias (tumores); 3) 151.683 por causas externas de morbidade e mortalidade; 4) 137.832 por doenças do aparelho respiratório; 5) 52.058 por algumas doenças infecciosas e parasitárias, 6) 22.745 por algumas afecções originadas no período perinatal e 7) 237.726 por demais causas definidas. Ou seja, se EA associados à assistência hospitalar fosse um grupo de causa de óbito, a mortalidade provocada por EA estaria entre a 1º e 5º posição, tornando este fator uma das principais causas de óbito no país (DAIBERT, 2015).

O alto custo dos EA, a diversidade e complexidade dos procedimentos, o acompanhamento por parte dos pacientes e familiares e as exigências legais fazem com que os gestores adotem, cada vez mais, práticas sistematizadas de avaliação dos serviços, com o uso de ferramentas para identificar e localizar indicadores que interferem nos resultados esperados (SANTANA et al, 2014; CASTRO et al, 2018).

Sendo assim, é necessário capacitar continuamente todos os profissionais de saúde, pois esta lacuna entre o desenvolvimento da ciência e seu uso no dia a dia da assistência determina elevado risco assistencial, seja pela realização de intervenções desnecessárias e arriscadas, seja por não disponibilizar ao paciente os melhores métodos para assistência. O ambiente e a organização dos processos de trabalho com foco na SP, capacitação e dimensionamento de pessoal, e o nível de atenção durante a execução das atividades são elementos chave (NEEDHAM et al, 2005; HUGONNET et al, 2007; KWAK et al, 2010).

O sucesso destas ações depende do envolvimento de todas as partes interessadas: o Estado, líderes, agências reguladoras, parcerias público-privadas,

organizações de saúde (provedoras e prestadoras), pesquisadores, associações profissionais e de pacientes, educadores, a força de trabalho, os pacientes e as famílias (NPSF, 2015).

3.3 Acreditação hospitalar e a Segurança do Paciente

Atualmente no Brasil, a acreditação é voluntária e há diferentes modelos de Acreditação Hospitalar (AH): Organização Nacional de Acreditação (ONA), JCI, Acreditação canadense, *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations* (NIAHO); certificação pelas normas ISO 9.001, 14.000, 31.000 e OHSAS 18.001 (SIMAN et al, 2017).

Atualmente, o programa EBSEH de gestão da qualidade é referência em acreditação hospitalar no Brasil, sendo que em todos os 40 hospitais públicos federais da rede EBSEH a acreditação é obrigatória. A rede hospitalar de saúde privada do Brasil é constituída por 6.150 estabelecimentos, destes, 29 são acreditados pela JCI; 27 pela metodologia de acreditação canadense; 251 pela metodologia da ONA; seis pela metodologia NIAHO, totalizando 313 organizações hospitalares, ou seja, apenas 5% de toda a rede, ressaltando que há superposição de organizações com múltiplos certificados de qualidade. Dessa forma, a rede qualificada por meio de creditações/certificações pode ser menor ainda (ANSP, 2015).

As organizações de saúde estão adotando iniciativas voltadas para o processo de AH com o intuito de alcançar os mais elevados padrões assistenciais. Trata-se de um modo de avaliação dos recursos institucionais, de maneira voluntária, periódica e reservada. Tem como propósito assegurar a qualidade dos serviços prestados por meio de padrões pré-determinados. Este processo corresponde muito mais do que uma decisão política e um amplo processo educativo, mas um compromisso ético com o cuidado seguro ao paciente (LUEDY et al, 2016).

Neste cenário, aspectos facilitadores e dificultadores para implantação da AH em organizações de saúde devem ser identificados para que, uma vez reconhecidas as suas implicações no sistema de qualidade, sejam adotadas medidas que facilitem a manutenção do processo e a conquista da qualidade do cuidado e SP (LUEDY et al, 2016).

A certificação pela metodologia ONA é um processo realizado por instituições credenciadas a ela, por meio de auditorias diagnósticas. A instituição pode ser avaliada como não acreditada ou acreditada; sendo esta, classificada em três níveis:

Segurança (nível 1) denominado “Acreditado”: sinaliza que a instituição tem requisitos básicos de qualidade assistencial e segurança para o paciente; Gestão Integrada (nível 2) “Acreditado Pleno”: caracteriza a adoção do planejamento na organização e “Acreditado com Excelência em Gestão (nível 3): demonstra que a instituição está dentro dos padrões de excelência, utilizando indicadores para avaliação de resultados à melhoria dos processos (ONA, 2019; SIMAN et al, 2017).

A prestação de cuidados de qualidade, a satisfação dos pacientes, a adoção de padrões de segurança e qualidade, são indicadores que incentivam o aprimoramento da assistência e da gestão em saúde, no que tange ao desempenho e evolução dos resultados da organização, mas ainda não é realidade em todos os hospitais brasileiros. A preocupação com a qualidade e SP constitui tema relevante enquanto problema global e atualmente há iniciativas da OMS para identificar mudanças e prioridades nesta área, propondo melhorias no processo de trabalho na busca pela eficácia e a eficiência, controle dos custos, a redução das perdas, retrabalho, redução de erros e desenvolvimento de uma CS (OMS, 2011; SIMAN et al, 2017).

As organizações inseguras, com maior incidência de EA, apresentam um maior consumo de recursos para tratar estas ocorrências e consequentemente aumentam suas receitas. Organizações que disponibilizam a assistência à saúde com baixa eficácia, com dificuldade de acesso, sem a centralidade do paciente, e não equitativas apresentarão piores índices de recuperação da saúde com tempos mais longos de tratamento e diminuição da sobrevida, mas terão aumento das receitas pelo retrabalho (BRAGA, 2015; DAIBERT, 2015; CDC, 2016). Os hospitais com alto desempenho assistencial, caracterizados pela baixa mortalidade têm os menores custos assistenciais (YONG et al, 2010).

3.4 A Cultura de Segurança nos Serviços de Saúde

O termo CS surgiu na literatura pela primeira vez em 1986, durante o congresso da *International Atomic Energy Agency*, realizado na França, quando da ocorrência do grave desastre nuclear de Chernobyl, e tornou-se amplamente utilizado, recebendo definições variadas e amplamente debatido na literatura (RIGOBELLO et al., 2012).

A cultura organizacional diz respeito ao compartilhamento, à concordância e internalização de valores, crenças, rituais, mitos, objetivos e compromissos pelos indivíduos que compõem estes grupos, exprime, afeta e estabelece uma identidade organizacional (VOGT; LOURENÇO, 2017).

A CS é um dos valores da cultura organizacional, cujo objetivo é favorecer ações coerentes e os comportamentos mais adequados, tendo atitudes e normas como fundamentais para um ambiente seguro (SILVA; ROSA, 2016). Afeta as atitudes e o comportamento relacionado à segurança dos membros de uma organização, a saúde e a segurança dos funcionários, podendo ocasionar lesões, fatalidades e outros incidentes (VARMAZYAR et al, 2016).

A OMS descreve a CS baseada nos valores a saber: aceitação da responsabilidade pela segurança de si mesmo, seus colegas de trabalho, pacientes e visitantes. A SP é uma prioridade acima das metas financeiras e operacionais; estímulo e recompensa da identificação, comunicação e resolução de questões de segurança; aprendizagem com os erros, sem que as pessoas sejam culpadas; e responsabilidade para manter sistemas de segurança eficazes (recursos apropriados e estrutura) (OMS, 2009; VASCONCELOS et al, 2018).

Nas duas últimas décadas o setor de saúde passou a conceber a CS como um meio de melhorar a SP e evitar EA, definida como o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o comprometimento, o estilo e a proficiência de uma gestão da saúde e segurança da organização (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; LEE et al., 2017; BASSON et al., 2018). Define-se assim as características de uma CS sólida: análise da causa raiz; o reconhecimento da inevitabilidade do erro; discussão e aprendizagem; identificação de fatores que possam propiciar o erro; e incorporação de um sistema não punitivo para o relato e análise de EA (SILVA et al, 2016).

O IOM identificou a SP como uma preocupação crítica nas organizações de saúde sendo um primeiro passo essencial para melhorar a qualidade da assistência, enfatizando a importância de criar uma CS, com atendimento de qualidade e seguro, eficaz, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equitativo. Independentemente da definição, a segurança é um dos componentes da qualidade, que deve ser esperado, apropriadas e reforçadas (IOM, 2009; BATALHA, MELLEIRO, 2015; LEE et al, 2017).

Um segundo constructo relacionado, o "clima de segurança", foi investigado como um indicador da força geral da CS de uma organização (SCHWATKA; HECKER;

GOLDENHAR, 2016). Os termos “CS” e “clima de segurança” tem sido frequentemente usados de forma intercambiável, e na literatura não há um consenso entre os termos, sendo que diferentes autores utilizam os termos nos vários estudos, muitas vezes sem distinção clara (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; BASSON et al., 2018). Essa falta de consenso tem sido intensivamente debatida (GONÇALVES FILHO; WATERSON, 2018).

O “Clima de segurança” é definido como características superficiais da CS, de atitudes e percepções de indivíduos em um determinado ponto no tempo, ou componentes mensuráveis da CS. Os estudos de CS buscam estudar níveis mais profundos do que estudos de “clima”, que geralmente olham para as percepções e estruturas da superfície. A cultura tem níveis variados, os quais incluem artefatos superficiais, que podem ser atribuídos ao “clima”, e níveis mais profundos de valores e significados que influenciam o modo como os grupos sociais são organizados e a forma que as pessoas se interagem (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; BASSON et al., 2018).

No primeiro nível, temos os “artefatos” superficiais, como a tecnologia, modelos de comportamento visíveis, audíveis, e outros, que são estruturas e processos organizacionais visíveis. O segundo nível contempla os valores conscientes, normas e regras, que os indivíduos usam para justificar o comportamento e as decisões. O terceiro nível, “pressupostos básicos”, geralmente inconscientes, representam o nível mais profundo de análise da cultura, e é visto como a essência da cultura (GARTSHORE; WARING; TIMMONS, 2017).

A cultura, em detrimento ao clima, é menos susceptível às mudanças, pois reflete premissas mais profundas e mais difundidas. O clima é mais acessível, pois pode ser modificado por meio de ações organizacionais deliberadas, como treinamento de segurança, planejamento estratégico e tomada de decisão participativa (CASEY et al, 2017).

O clima de segurança tem sido definido como percepções compartilhadas entre membros do grupo sobre os procedimentos, práticas e tipos de comportamentos que são recompensados e apoiados, em relação à SP. É utilizado como sinônimo de cultura, sendo que uma CS positiva tem como característica boa comunicação e confiança em medidas preventivas (TOMAZONI et al, 2015). Está intimamente relacionado à CS e representa percepções de ações de líderes e práticas

organizacionais que refletem os pressupostos básicos subjacentes e as crenças que compõem a cultura (VOGUS, 2016).

O professor James Reason propôs o modelo da cultura informada (*Informed Culture*), onde enfatiza que a CS apresenta as características: cultura justa, na qual as pessoas percebem quais são as diferenças entre o comportamento aceitável e inaceitável; cultura de relato, ou seja, as pessoas devem ser encorajadas a falarem sobre os erros; e cultura de aprendizagem, onde todos estão dispostos a aprender com os erros cometidos. O referido modelo de avaliação de CS mais tem sido o mais adaptado para o cenário da saúde (FERNANDES et al, 2014).

Os eventos podem acontecer como consequência desses dois tipos de falhas: latentes e ativas. As falhas latentes estão associadas às decisões gerenciais e ao processo organizacional da instituição, e contribuem de forma significativa para que os erros ativos se manifestem. As falhas ativas estão associadas com ações inseguras individuais, e tem efeito imediatamente inverso, tais como: omissões, lapsos, falhas da memória e violação de regras (FERNANDES et al, 2014).

Sendo assim, as organizações são vistas como possuidoras de diferentes tipos de crenças que são mais ou menos propícias à segurança. Em um extremo, as crenças compartilhadas e mantidas por uma organização podem ser descritas como patológicas, na medida em que prejudicam a meta de segurança do sistema e, no outro extremo, construtivas, no sentido de que as crenças de segurança se generalizam para todos os aspectos da operação do sistema. Nessa perspectiva, as crenças de segurança implícitas influenciam na segurança do sistema ao estabelecer uma compreensão compartilhada de como agir e pensar em uma organização (CASEY et al, 2017; GONÇALVES FILHO; WATERSON, 2018).

Por outro lado, o clima de segurança é um mecanismo de controle proximal porque as percepções compartilhadas de prioridades de segurança e práticas em um determinado ponto no tempo podem ser modificadas por meio de práticas específicas de organização, supervisor e colegas de trabalho, e está mais intimamente relacionada ao comportamento de segurança (CASEY et al, 2017; GONÇALVES FILHO; WATERSON, 2018).

Foi proposto por Hudson, um modelo de maturidade de CS em que esta evolui de um estágio inicial, o patológico, até um estágio final ideal, o construtivo, conforme o Quadro 2 (CASEY et al, 2017).

Quadro 2: Estágio de maturidade da cultura de segurança.

Estágio patológico	Estágio reativo	Estágio calculativo	Estágio proativo	Estágio construtivo
Não há ações na área de segurança na organização, buscando-se no máximo atender à legislação	As ações da organização não são sistemáticas, realizadas somente depois de acidentes terem acontecido, procurando remediar a situação	A organização tem sistema para gerenciar riscos e as ações estão voltadas para quantificar os riscos, sendo a segurança gerenciada por sistemas administrativos, por meio de coleta de dados	Desenvolvimento do estágio de transição para o estágio da cultura construtiva. Procura antecipar-se aos problemas antes que aconteçam, além de que os trabalhadores da organização começam a tomar iniciativas para a melhoria da segurança	Existe um sistema integrado, no qual a organização se baseia e se orienta para realizar seus processos de trabalho. A organização tem as informações necessárias para gerir o sistema de segurança e está constantemente tentando melhorar e encontrar as melhores formas de controlar os riscos.

Fonte: Casey et al, 2017

Uma recomendação consistente para se tornar livre de danos é desenvolver uma cultura forte de segurança ou compartilhar percepções dos funcionários de que a segurança é recompensada, apoiada, valorizada e priorizada em relação a outras metas organizacionais (VOGUS, 2016).

A CS no sistema de saúde reconhece que a assistência à saúde é um empreendimento complexo e de alto risco, que desencoraja culpar os indivíduos quando o dano ocorre e, em vez disso, busca causas sistemáticas que levam a erros e danos. Incentiva os trabalhadores a relatar erros e usa esses relatórios para fazer alterações sistemáticas para evitar que ocorram no futuro, estimulando as pessoas,

em todos os níveis de uma organização, a trabalhar de forma colaborativa para melhorar a segurança. É compreensível que todas as pessoas cometem erros e, em vez de culpá-las, cria-se sistemas mais seguros para evitar EA futuros (BASSON et al, 2018).

As avaliações da cultura podem ser usadas para diagnosticar o grau da CS da instituição — classificado em áreas com potencial de melhoria, neutras ou de força — e identificar áreas a serem melhoradas, além de aumentar a conscientização sobre SP; avaliar as intervenções ou programas de segurança, e monitorar a mudança ao longo do tempo, estabelecendo parâmetros interno e externo. Estes motivos justificam as avaliações da CS, que também são importantes para mensurar as condições das organizações de saúde que determinam a ocorrência de EA, com ou sem danos aos pacientes (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016).

As avaliações de CS são estratégias que podem estimular a agenda da segurança, e instigar os profissionais e gestores no engajamento e no desenvolvimento de um programa ou sistema de segurança das organizações de saúde. Produzir e manter a CS é sempre um processo contínuo, sistemático e demorado, pois o trabalho e a avaliação para melhorá-la nunca findam (BRASIL, 2014).

Sabe-se que, apenas conhecer os processos em uma organização não é suficiente para provocar mudanças; é importante identificar os pontos fortes e fracos da CS, o que pode ser conhecido por meio desta avaliação (REIS et al, 2016), a qual deve ser o primeiro passo para garantir a SP em qualquer instituição de saúde, subsidiando os gestores e profissionais de saúde (VASCONCELOS et al, 2018).

A percepção e a opinião dos profissionais de saúde são indispensáveis, pois atuam na linha de frente do atendimento e são os primeiros a perceberem as questões relacionadas à falta de segurança dos pacientes (GARTSHORE; WARING; TIMMONS, 2017; ARRUDA et al, 2017). O treinamento de novos profissionais é essencial para a manutenção da qualidade e fortalecimento de ações para a SP, tanto o treinamento técnico quanto ensinamentos sobre a SP e suas competências correlatas (WACHTER, 2013).

A literatura descreve três abordagens de avaliação da CS: (1) abordagens interpretativas ou antropológicas que tratam a cultura como um sistema de significados e símbolos compartilhados entre grupos de indivíduos que participam

desse processo social, por meio de métodos qualitativos, como estudo narrativo, fenomenologia, teoria fundamentada, etnografia ou estudos de caso, entrevistas, estudos observacionais, análise de documentos; (2) abordagens analíticas ou psicológicas que especificamente se relaciona com o uso de questionários para avaliar a CS e a análise de dimensões, fatores e outras propriedades estatísticas e psicométricas do instrumento de pesquisa e (3) abordagens pragmáticas ou baseadas na experiência (RIGOBELLO et al, 2012; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; GONÇALVES FILHO; WATERSON, 2018).

Uma CS forte está intimamente ligada ao envolvimento e interesse da alta direção no tema, da qual partem as políticas institucionais, a definição dos recursos e a priorização ou não da SP. Um ambiente de trabalho que incentive o diálogo sobre os erros e que proporcione treinamentos adequados para a equipe, são algumas das ações que podem ser citadas como responsabilidade da direção (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Estudos recentes investigaram a CSP em hospitais no Brasil e no mundo. As principais características e resultados destes estudos estão sumarizadas no Quadro 3.

Quadro 3: Principais características e resultados de estudos recentes que avaliaram a cultura de segurança do paciente em hospitais.

	Autor, ano, país	Objetivo	Local do estudo	Participantes	Resultados
1	Akbari et al., 2017, Irã	Avaliar a cultura de segurança em maternidades	Maternidades de 7 hospitais de Ilam, Iran	299 participantes – Ginecologistas e enfermeiros obstetras	A dimensão de cultura de segurança vista mais positivamente foi “trabalho em equipe dentro das unidades”; A dimensão percebida menos positivamente foi “adequação de profissionais”.
2	Andrade et al., 2018, Brasil	Avaliar a cultura de segurança do paciente e fatores associados em hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão: federal, estadual e privado	Três hospitais do estado do Rio Grande do Norte	215 participantes – equipe de enfermagem, médicos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos	As dimensões melhor avaliadas foram “expectativas e ações da direção/ supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança” (66,7%) e “trabalho em equipe na unidade/ serviço” (60,8%). As dimensões com pior avaliação foram “frequência de eventos notificados”, “percepção de segurança”, “feedback e comunicação sobre os erros”, “resposta não punitiva para erros”, “dimensionamento de pessoal”, “trabalho em equipe entre unidades” e “problemas

					em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços”.
--	--	--	--	--	---

(continua)

	Autor, ano, país	Objetivo	Local do estudo	Participantes	Resultados
3	Câmara, 2016, Brasil	Avaliar a cultura de segurança do paciente a partir da percepção da equipe de enfermagem em uma Unidade de Transplante Renal	Unidade de Transplante Renal de um hospital público de ensino, na cidade de São Luís, Maranhão	25 participantes – equipe de enfermagem	A dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades” apresentou o maior percentual de respostas positivas (77%), sendo considerada a única área de força para a segurança do paciente. Já a área predominantemente frágil para a segurança do paciente foi a dimensão “Respostas não punitivas aos erros”, em que, de 75, 24% responderam positivamente.
4	Costa, 2014	Investigar a cultura de segurança do paciente, na ótica dos profissionais de enfermagem de serviço hospitalar.	Dois hospitais localizados no norte do Estado do Paraná. Um hospital universitário público e um hospital geral privado de caráter filantrópico conveniado ao SUS	282 participantes – auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros	As dimensões melhores avaliadas foram “trabalho em equipe dentro das unidades” (69,4%) e “expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes (70,2%)”. As dimensões com menos respostas positivas foram “adequação de profissionais”, “troca de turno/plantão” e “respostas não punitivas aos erros”.
5	Farzi et al., 2017, Irã	Avaliar a cultura de segurança do paciente sob a perspectiva de enfermeiros em Unidades de Terapia Intensiva	Unidades de terapia intensiva de 9 hospitais da Universidade de Ciências Médicas de Isfahan	367 participantes – enfermeiros atuando em Unidades de terapia intensiva	As dimensões com mais respostas positivas foram: “trabalho em equipe dentro das unidades” (97,3%) e aprendizado organizacional – melhoria contínua” (84%). As dimensões com menos respostas positivas foram “passagem de plantão ou de turno/transferências” (21,1%), “respostas não punitivas aos erros” (24,7%), “adequação de profissionais” (35,6%), abertura de comunicação (47,5%) e trabalho em equipe entre as unidades (49,4%).
6	Jye et al., 2019, Malásia	Avaliar a cultura de segurança do paciente em um hospital	Hospital Geral de Sarawak, Malásia	407 participantes – profissionais de saúde em geral	A dimensão percebida mais positivamente foi “aprendizado organizacional – melhoria contínua”; A dimensão percebida de forma menos positiva foi “respostas não punitivas ao erro”.

(continua)

	Autor, ano, país	Objetivo	Local do estudo	Participantes	Resultados
7	Mota, 2018, Brasil	Avaliar a cultura de segurança do paciente em hospital universitário	Hospital universitário de média complexidade na cidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.	368 participantes – profissionais da área de saúde e administrativa do hospital	A dimensão “Ações e expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente” obteve o maior percentual de respostas positivas (67,1%). A principal fragilidade para CS foi observada na dimensão “Respostas não punitivas aos erros”, com menor porcentagem de respostas positivas (22,9%) e menor mediana (41,7%).
8	Reis, 2013, Brasil	1. Realizar a adaptação transcultural e a avaliação psicométrica do instrumento HSOPSC traduzido para o português e adaptado ao contexto hospitalar brasileiro. 2. Avaliar as características da cultura segurança do paciente entre profissionais de hospitais públicos e privados de ensino.	Um hospital filantrópico conveniado ao SUS de Minas Gerais e um hospital geral federal do Rio de Janeiro	322 participantes	A dimensão “expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança” obteve o maior percentual de respostas positivas (72%). Três dimensões obtiveram percentuais de respostas positivas inferiores a 50%: “respostas não punitivas aos erros” (21%), “adequação de profissionais” (42%) e “trabalho em equipe entre as unidades” (44%).
9	Santiago e Turrini, 2015, Brasil	Investigar a cultura de segurança do paciente em UTIs de um hospital público	Hospital público de ensino no município de Sumaré, estado de São Paulo, Brasil	197 participantes – profissionais da área assistencial e administrativa	Os domínios “Clima de segurança”, “Percepção do estresse”, “Percepção gerência-administração da unidade” e “Condições de trabalho” apresentaram pontuações intermediárias. A análise do HSOPSC nas UTI evidenciou que a pontuação geral acima de 75% foi obtida somente para a dimensão “Expectativas do supervisor/chefe e ações de promoção da segurança.” A dimensão mais frágil para a cultura de segurança foi observada na “Resposta não punitiva ao erro” com 29,6%, seguida da dimensão “Abertura de comunicação” com 50,4%.

(continua)

(conclusão)

	Autor, ano, país	Objetivo	Local do estudo	Participantes	Resultados
10	Silva et al., 2018, Brasil	Analisar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de saúde de um hospital público de médio porte	Hospital de Referência do Alto Rio Juruá, na Amazônia Ocidental Brasileira	280 participantes – servidores de setores administrativos e assistenciais	Os resultados apontam as melhores avaliações nas dimensões de “trabalho em equipe nos âmbitos das unidades” (60%) e “aprendizado organizacional” (60%). Os aspectos com os piores resultados foram as dimensões de “respostas não punitivas aos erros” (18%) e “frequência de eventos relatados” (32%).
11	Silva-Batalha et al., 2015, Brasil	Avaliar a cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino	Um hospital de ensino localizado no município de São Paulo, no Estado de São Paulo-Brasil	305 participantes - enfermeiros assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem	As dimensões com melhores distribuições foram “Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes”, “aprendizado organizacional – melhoria contínua” e “abertura para as comunicações”. As piores distribuições foram nas dimensões “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”; “adequação de pessoal” e “respostas não punitivas aos erros”.
12	Teles et al., 2019, Turquia	Avaliar a cultura de segurança do paciente e grau de segurança em departamentos de Cirurgia Geral	Sete departamentos de Cirurgia Geral em um Hospital Universitário da Turquia	124 participantes – médicos, residentes, enfermeiros e outros funcionários do hospital	A dimensão de segurança do paciente avaliada mais positivamente foi “trabalho em equipe dentro das unidades”; As dimensões avaliadas menos positivamente foram “frequência de relato de eventos” e “respostas não punitivas aos erros”.
13	Tereanu et al., 2017, Romênia	Avaliar a cultura de segurança do paciente em hospitais	Seis hospitais de 4 regiões diferentes da Romênia	969 participantes – enfermeiros, médicos e outros profissionais da saúde	As dimensões com maior número de respostas positivas foram: “expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente” (88%), “trabalho em equipe dentro das unidades” (86%), “passagem de plantão ou de turno/transferências” (84%), “aprendizado organizacional – melhoria contínua” (81%) e “percepção geral de segurança do paciente” (80%); As dimensões avaliadas menos positivamente foram: “adequação de profissionais” (39%), “frequência de relato de eventos” (59%) e “respostas

					não punitivas aos erros” (61%).
--	--	--	--	--	------------------------------------

Fonte: a autora.

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Estudo transversal, com abordagem quantitativa realizado em um hospital público regional de médio porte do sul de Goiás, no período de julho de 2018 a setembro de 2019.

4.2 Local do estudo

O município no qual se localiza o hospital em questão é uma das portas de entrada do estado de Goiás, sendo o maior exportador do Estado, devido à sua localização próxima a Minas Gerais e São Paulo (Figura 1). Situa-se em um dos mais importantes entroncamentos rodoviários do país, entre as BR 153 e 452 e GO 206 e 309, liga Goiás às demais regiões brasileiras e também, ao MERCOSUL. Integra a microrregião Meia-Ponte formada por 21 municípios e o Pontal do Triângulo Mineiro, formado por seis municípios.

É localizado entre as Usinas Hidrelétricas de Furnas e Cachoeira Dourada, do Sistema Integrado Nacional de Energia. Levando-se em conta a posição geográfica, recebe um grande fluxo de pessoas dos municípios adjacentes e importante demanda da rodovia federal. O hospital é porta de entrada de inúmeros acidentados automobilísticos da rodovia, assim como turistas, moradores da região e até pessoas consagradas do meio artístico, já reportados na mídia nacional e internacional.



Figura 1. Localização geográfica do município de Itumbiara, Goiás, Brasil. Itumbiara - GO, 2019.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2017.

O município possui serviços públicos e privados, dentre esses um hospital geral público e dois hospitais gerais privados. Com relação ao serviço público, que é de nosso interesse, além da atenção terciária, têm-se várias unidades de Estratégias Saúde da Família (ESF), um Centro de Assistência Integral à Saúde (CAIS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Básica à Saúde (NABS), entre outros. Desses, o maior fluxo é verificado no hospital geral público.

O hospital geral municipal é mantido pela Secretaria de Saúde do Município, fundada em 1979 e atende somente pelo SUS. Dispõe de mais de 100 leitos com atendimentos nos setores de Classificação de Risco, Pronto Atendimento, Observação, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Centro Cirúrgico, Maternidade, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN), Pediatria, Clínica médica e cirúrgica, Psiquiatria e Ortopedia. Há ainda as salas de medicação, de sutura, de procedimentos, de imunização e de pequenas cirurgias.

A instituição em questão realiza atendimentos clínicos e cirúrgicos, com grande fluxo e rotatividade de pacientes, principalmente nos setores de Pronto-Atendimento, Observação e Clínica Médica. O dimensionamento de profissionais não

é suficiente para a demanda, principalmente no que diz respeito ao quadro de profissionais da área da enfermagem.

Conta com serviços próprios de laboratório, Raio-X e Ultrassom, farmácia hospitalar, almoxarifado, serviço de higienização e limpeza, lavanderia e rouparia, Nutrição e Dietética, manutenção, vigilância patrimonial e central de gases. Recebe pacientes encaminhados pela Central de Regulação do município, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Corpo de Bombeiros e serviços privados de atendimento móvel pré-hospitalar.

4.3 População alvo

A população alvo do estudo foi constituída por 197 profissionais da equipe de saúde classificados como trabalhadores da área da saúde, profissionais de nível médio/técnico e profissionais nível superior.

Quadro 4: Categorização dos trabalhadores e profissionais da área da saúde.

Trabalhadores da área da saúde	Profissionais da área da saúde de nível médio/técnico	Profissionais da área da saúde de nível superior
Maqueiros, recepcionistas, serviço de limpeza e higienização, serviço de lavanderia, serviço de cozinha	Técnico em enfermagem, técnico em radiologia e técnico em ortopedia	Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e biomédicos.

Fonte: a autora.

A amostra foi composta por 77,15% da equipe de saúde, somando 152 participantes. A participação ocorreu segundo a disponibilidade de participação na pesquisa e respeitando a homogeneidade de todas as áreas de atuação e categorias profissionais.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

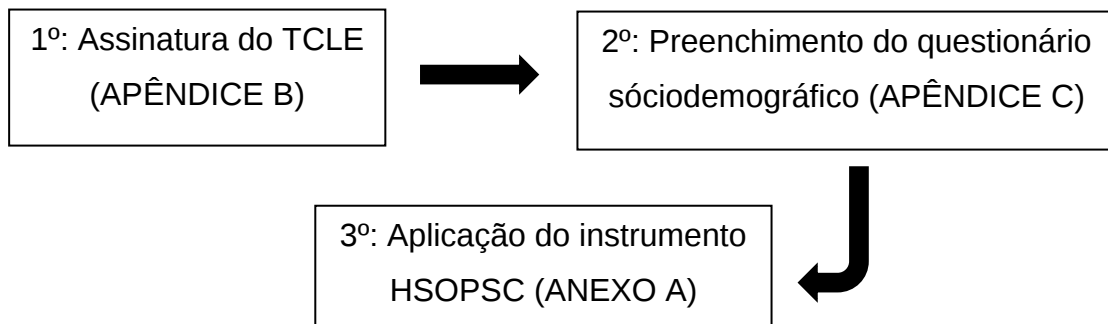
Os critérios de inclusão foram: ser profissional ou trabalhador da área da saúde, vinculado à instituição há no mínimo seis meses com carga horária semanal mínima de 20 horas, e preencher o questionário em sua totalidade. Foram excluídos

os profissionais que se encontrarem em licença de saúde ou qualquer outro afastamento durante a coleta de dados.

4.5 Coleta de dados

Primeiramente foi realizado contato prévio com a gerência da equipe assistencial de saúde explicando detalhadamente as etapas execução do projeto. Na sequência foi apresentada e assinada a Carta de Anuência (APÊNDICE A), para aceite do Secretário Municipal de Saúde e Diretora Administrativa (Fluxograma 1). Os pesquisadores foram devidamente treinados para aplicação dos instrumentos.

Fluxograma 1: Etapas realizadas para coleta de dados. Itumbiara - GO, 2019.



Legenda: TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido. HSOPSC – *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.

Os instrumentos: Questionário Sócio-demográfico e HSOPSC, foram respondidos via on-line em e-mail próprio criado com finalidade apenas para este estudo, utilizando a ferramenta *Google Forms* (ANEXO B). O preenchimento foi realizado em *tablet* fornecido pelo pesquisador e acompanhado por estagiário (a) de enfermagem devidamente capacitado. Foi utilizada uma versão previamente traduzida e validade do instrumento HSOPSC conforme o Quadro 5 (REIS et al., 2013).

Quadro 5: Instrumento de coleta de dados HSOPSC.

Nº	Dimensões	Itens	Respostas positivas
1	Trabalho em equipe dentro das unidades	1. As pessoas apoiam umas às outras; 2. Trabalhamos juntos e em equipe; 3. As pessoas se tratam com respeito; 4.Quando sobrecarregado recebe ajuda de seus colegas.	Concordo/ Concordo totalmente
2	Expectativas e ações de promoção da SP do supervisor/gerente	1. O supervisor/chefe elogia os trabalhadores quando realizam os procedimentos de segurança do paciente; 2. O supervisor/chefe leva em consideração as sugestões dos profissionais; 3. O supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”; 4.O supervisor/chefe não dá atenção aos problemas de segurança do paciente.	Para as perguntas na forma negativa: discordo/discordo totalmente Para as perguntas na forma positiva: concordo/concordo totalmente
3	Aprendizado organizacional, melhoria contínua	1.Estamos fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente; 2. Erros têm levado a mudanças positivas; 3. As mudanças para melhorarmos a segurança do paciente são avaliadas efetivamente.	Concordo/ Concordo totalmente
4	Feedback e comunicação a respeito de erros	1. Recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos;	Quase sempre/ Sempre

		2. Somos informados sobre os erros que acontecem; 3. Discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.	
5	Abertura para comunicações	1. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente; 2. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores; 3. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	Para as perguntas na forma positiva: Quase sempre/ Sempre Para a pergunta na forma negativa: Nunca/ Raramente
6	Dimensionamento de pessoal	1. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho; 2. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente; 3. Nós trabalhamos “em situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido; 4. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável.	Para as perguntas na forma negativa: discordo/discordo totalmente Para as perguntas na forma positiva: concordo/concordo totalmente
7	Respostas não punitivas aos erros	1. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles; 2. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema;	Discordo/ Discordo totalmente

		3. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.	
8	Apoio da gestão hospitalar para a SP	1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente; 2. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade; 3. A direção do hospital só demonstra interesse na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	Para as perguntas na forma negativa: discordo/discordo totalmente Para as perguntas na forma positiva: concordo/concordo totalmente
9	Trabalho em equipe entre as unidades do hospital	1. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si; 2. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto; 3. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital; 4. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto, para prestar o melhor cuidado aos pacientes.	Para as perguntas na forma negativa: discordo/discordo totalmente Para as perguntas na forma positiva: concordo/concordo totalmente
10	Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	1. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido para outros setores do hospital; 2. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno;	Discordo/ Discordo totalmente

		3. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital; 4. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	
11	Percepção geral de SP	1. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui; a segurança do paciente nunca é comprometida em decorrência de maior quantidade de trabalho; 2. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente; 3. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	Para as perguntas na forma negativa: discordo/discordo totalmente Para as perguntas na forma positiva: concordo/concordo totalmente
12	Frequência de eventos relatados	1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado; 2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado; 3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado.	Quase sempre/ Sempre

Como descrito no quadro acima, cada dimensão inclui três ou quatro itens avaliados por uma escala tipo *Likert* de cinco pontos com categorias de respostas em termos de concordância (nove dimensões) ou de frequência (três dimensões). A adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa do instrumento no Brasil foram concluídos em 2013 disponível para domínio público desde 2014 e muito utilizado devido suas propriedades psicométricas favoráveis, demonstradas pela

confiabilidade e validade (REIS, LAGUARDIA, MARTINS, 2012). Os autores responsáveis autorizaram o uso do instrumento HSOPSC.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram digitados em planilha eletrônica no Excel e foram analisadas no Stata 12.0. Realizou-se análise estatística descritiva, utilizando-se medidas de frequência relativa, frequência absoluta, média e desvio padrão.

A frequência percentual de cada dimensão foi calculada e classificada, conforme preconizado pela AHRQ, conforme quadro a seguir:

Quadro 5: Classificação das dimensões conforme AHRQ.

Área de Força para a Segurança do Paciente	Área neutra para a Segurança do Paciente	Área com potencial de melhoria para a Segurança do Paciente
Se referem às dimensões em que mais de 75% dos entrevistados responderam positivamente.	São identificadas como itens ou dimensões em que o percentual de respostas positivas é superior a 50% e inferior a 75%.	O percentual de resposta positiva é igual ou inferior a 50%

Fonte: a autora.

A avaliação de cada dimensão é atingida a partir do percentual de respostas positivas, obtido pelo cálculo da combinação das duas categorias mais altas de resposta em cada dimensão. Valores percentuais mais altos indicam atitudes positivas em relação à CSP. A confiabilidade do instrumento HSOPSC (ANEXO A) foi analisada pelo α de crumbach, considerando confiável quando $\alpha \geq 0,7$. As dimensões do HSOPSC (ANEXO A) foram analisadas por meio de médias e desvio-padrão ($\alpha = 0,85$).

A variável dependente foi a positividade das doze dimensões da CSP e as variáveis independentes foram gênero, idade, escolaridade, cor/raça, estado civil, naturalidade, renda familiar mensal, existência ou não de filhos, quantidade de empregos, área de trabalho (área administrativa, prestação de serviço à saúde direta e prestação de serviço à saúde indireta) e categoria profissional (trabalhadores da área da saúde, profissionais de saúde de nível médio/técnico e profissionais de saúde

de nível superior). A comparação das médias foi analisada pelo teste de Análise de Variância ANOVA ($p < 0,05$).

4.7 Procedimentos éticos e legais

Esta investigação faz parte do projeto matriz intitulado como “Assistência de enfermagem no perioperatório: foco na segurança do paciente” e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Goiás sob o Parecer nº 3.539.403 (ANEXO B).

Para a realização do estudo foram adotadas as normas brasileiras para pesquisa com seres humanos, definidas pela Resolução Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) nº 466/2012, sendo utilizado o TCLE (APÊNDICE B) para cada participante com esclarecimentos pertinentes.

5. RESULTADOS

A população deste estudo foi composta por 152 participantes, sendo 44,7% (n=68) categorizados como trabalhadores da área da saúde, 27,6% (n=42) profissionais da área da saúde de nível médio/técnico e 27,6% (n=42) profissionais da área da saúde de nível superior. Com relação à área no hospital, evidenciaram-se três grupos principais, área administrativa (5,4%), prestação de serviço à saúde de forma indireta (26,4%) e prestação de serviço à saúde de forma direta (68,2%).

Quanto às características sociodemográficas dos profissionais da equipe de saúde (tabela 1), destaca-se o grande número de pessoas do gênero feminino (70,4%), idade entre 40 a 49 anos (29,7%), segundo grau completo (37,2%), cor branca (48,3%), casado (a) /união estável (50,2%), renda familiar mensal de um a dois salários mínimos (38,8%), com especialização (50,7%) e possui filhos (78,9%).

Quanto ao tempo que trabalha na especialidade ou profissão atual e o tempo que trabalha na instituição, os resultados foram semelhantes, sendo 37,5% e 36,2%, respectivamente. Os profissionais da equipe de saúde, em sua maioria (75,9%), trabalham nessa unidade entre 40 e 59 horas semanais, e dos entrevistados, destaca-se que 66,7% possuem interação ou contato direto com os pacientes (tabela 1).

Tabela 1. Características sócio-demográficas dos trabalhadores e profissionais da equipe de saúde. Goiânia - GO, 2019.

Variáveis	N = (152)	% = (100%)
Sexo		
Feminino	107	70,4
Masculino	45	29,6
Idade*		
	41,62±11,37**	
20 a 29 anos	21	16,4
30 a 39 anos	35	27,3
40 a 49 anos	38	29,7
≥ 50 anos	34	26,6

(continua)

Tabela 1. Características sociodemográficas dos profissionais da equipe de saúde. Goiânia - GO, 2019.

		(conclusão)
Escolaridade		
Primeiro grau incompleto	17	3,2
Primeiro grau completo	4	3,1
Segundo grau incompleto	10	7,7
Segundo grau completo	48	37,2
Ensino superior incompleto	16	12,4
Ensino superior completo	17	13,2
Estado civil		
Casado (a)/ união estável	90	59,2
Divorciado(a)	12	7,9
Solteiro (a)	47	30,9
Viúvo (a)	3	2,0
Especialização		
Não	75	49,3
Sim	77	50,7
Profissão		
Trabalhadores da área da saúde	68	44,7
Profissionais de nível médio/técnico	42	27,6
Profissionais de nível superior	42	27,6
Tem interação ou contato direto com paciente		
Sim	86	66,7
Não	43	33,3

Fonte: a autora.

No que diz respeito às dimensões da CSP, a tabela 2 representa os percentuais de respostas positivas dos trabalhadores e profissionais da equipe de saúde do hospital para as doze dimensões do instrumento de coleta de dados, HSOPSC (ANEXO B).

Tabela 2. Média de respostas positivas para o HSOPSC. Goiânia - GO, 2019.

Dimensões	Média (desvio-padrão) (n=152)	Classificação das dimensões
Trabalho em equipe na unidade	54,7 (34,7)	N
Expectativas da direção para a segurança	60,2 (36,6)	N
Aprendizagem organizacional	64,5 (35,1)	N
Apoio da gerência do hospital para SP	45,6 (61,4)	PM
Percepção de segurança	44,2 (34,3)	PM
<i>Feedback</i> e comunicação sobre erros	38,1 (37,8)	PM
Abertura para comunicação	43,8 (32,8)	PM
Frequência de eventos notificados	48,7 (43,7)	PM
Trabalho em equipe entre unidades	46,5 (34,0)	PM
Dimensionamento de pessoal	42,1 (28,2)	PM
Problemas em mudanças de turno	35,7 (34,5)	PM
Resposta não punitiva aos erros	28,3 (29,4)	PM

Legenda: N – dimensão neutra. PM – dimensão com potencial de melhoria

Fonte: a autora.

Na percepção geral dos trabalhadores e profissionais da equipe de saúde, nenhuma das dimensões avaliadas foram classificadas como área de força. Foram classificadas como áreas neutras: trabalho em equipe na unidade/serviço (54,7%), expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança (60,2%), aprendizagem organizacional/melhoria continuada (64,5%) foram classificadas como áreas neutras. As demais dimensões foram consideradas como áreas com potencial de melhoria.

Na tabela 3 e figura 2, podemos analisar as médias de respostas positivas para cada dimensão do instrumento HSOPSC conforme os subgrupos (trabalhadores da área da saúde, profissionais da área da saúde nível médio/técnico e profissionais da área da saúde nível superior).

Tabela 3. Média de respostas positivas para o HSOPSC, conforme os trabalhadores e profissionais da equipe de saúde. Goiânia - GO, 2019.

Dimensões	Trabalhador (n=68) Média (desvio- padrão)	Nível médio (n=42) Média ± (desvio- padrão)	Nível superior (n=42) Média ± (desvio- padrão)	p
Trabalho em equipe na unidade	63,2 (31,9)	53,0 (33,2)	42,8 (37,5)	0,010
Expectativas da direção para a segurança	67,6 (34,3)	31,3 (34,6)	47,0 (39,5)	0,015
Aprendizagem organizacional	65,6 (36,4)	65,9 (32,5)	21,1 (36,0)	0,768
Apoio da gerência do hospital para SP	54,4 (40,3)	38,1 (36,5)	38,9 (44,1)	0,057
Percepção de segurança	58,8 (32,2)	37,5 (28,8)	27,4 (33,5)	<0,001
<i>Feedback</i> e comunicação sobre erros	46,1 (36,4)	35,7 (37,1)	27,8 (38,2)	0,041
Abertura para comunicação	44,6 (34,8)	44,4 (34,2)	42,0 (28,5)	0,917
Frequência de eventos notificados	58,8 (41,5)	46,8 (42,9)	34,1 (44,5)	0,014
Trabalho em equipe entre unidades	52,6 (33,2)	42,3 (31,9)	41,1 (36,5)	0,144
Dimensionamento de pessoal	47,4 (31,2)	38,7 (24,2)	36,9 (26,0)	0,108
Problemas em mudanças de turno	42,6 (34,8)	36,3 (33,7)	23,8 (32,6)	0,020
Resposta não punitiva aos erros	33,3 (31,0)	28,6 (29,0)	19,8 (25,6)	0,064

Fonte: a autora.

Quando comparados os resultados entre os três subgrupos, observou-se uma menor percepção da SP para os profissionais de nível superior, quando comparado às demais categorias, com diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$) entre os resultados das dimensões “trabalho em equipe na unidade/serviço”, “expectativas da direção para a segurança”, “aprendizagem organizacional”, “percepção de segurança”, “*Feedback* e comunicação sobre erros”, “Frequência de eventos notificados” e “problemas em mudanças de turno”.

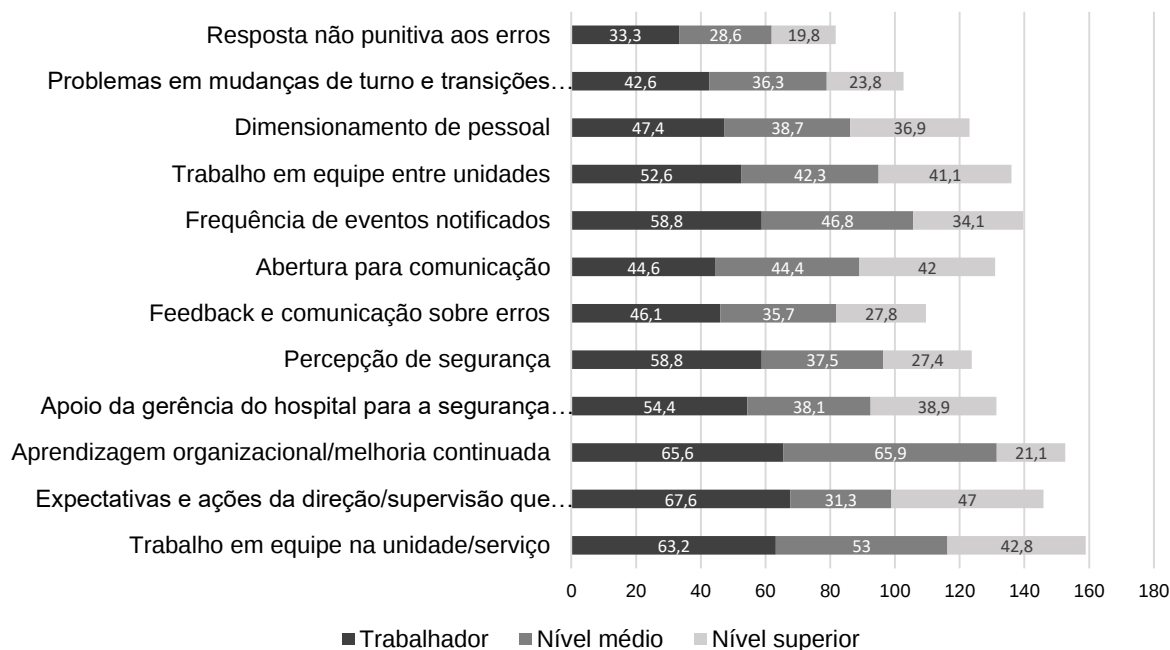


Figura 2. Média de respostas positivas para o HSOPSC, conforme os trabalhadores e profissionais da equipe de saúde. Goiânia - GO, 2019.

As médias de respostas positivas dos trabalhadores da área da saúde foram consideradas áreas neutras nas seguintes dimensões: trabalho em equipe na unidade/serviço (63,2%), expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança (67,6%), aprendizagem organizacional/melhoria continuada (65,6%), apoio da gerência do hospital para a SP (54,4%), percepção de segurança (58,8%), frequência de eventos notificados (58,8%) e trabalho em equipe entre unidades (52,6%) foram consideradas áreas neutras.

Com relação aos profissionais de nível médio/técnico, apenas duas dimensões foram consideradas neutras: trabalho em equipe na unidade/serviço (53,0%), aprendizagem organizacional/melhoria continuada (65,9%). As demais dimensões foram classificadas como áreas com potencial de melhoria. Já para os profissionais de nível superior, as doze dimensões foram classificadas como áreas com potencial de melhoria.

Para os profissionais de nível médio e nível superior, estas mesmas dimensões foram classificadas como áreas com potencial de melhoria: expectativas e ações da direção/supervisão que favorecem a segurança - nível médio (31,3%) e superior (47,0%); apoio da gerência do hospital para a SP - nível médio (38,1%) e

superior (38,9%); percepção de segurança – nível médio (37,5%) e superior (27,4%); frequência de eventos notificados – nível médio (46,8%) e superior (34,1%); e trabalho em equipe entre unidades (42,3%) e (41,1%).

Os profissionais de nível superior, tiveram abaixo de 30% de respostas positivas as dimensões aprendizagem organizacional/melhoria continuada (21,1%) e problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços (23,8%); abaixo de 40% de respostas positivas as dimensões apoio da gerência do hospital para a SP (38,9%), frequência de eventos notificados (34,1%) e dimensionamento de pessoal (36,9%); por fim, de 40% à menos que 50% de respostas positivas, têm-se: trabalho em equipe na unidade/serviço com 42,8%, expectativas e ações da direção/supervisão que favorecem a segurança com 47,0%, abertura para comunicação com 42,0% e trabalho em equipe entre unidades com 41,1% de respostas positivas.

Com relação aos relatos de incidentes de segurança, 82% não preencheram nenhuma ficha de notificação, 10% de uma a duas notificações, 5% de três a cinco notificações, 1% de 11 a 20 notificações e 2% ≥ 21 notificações.

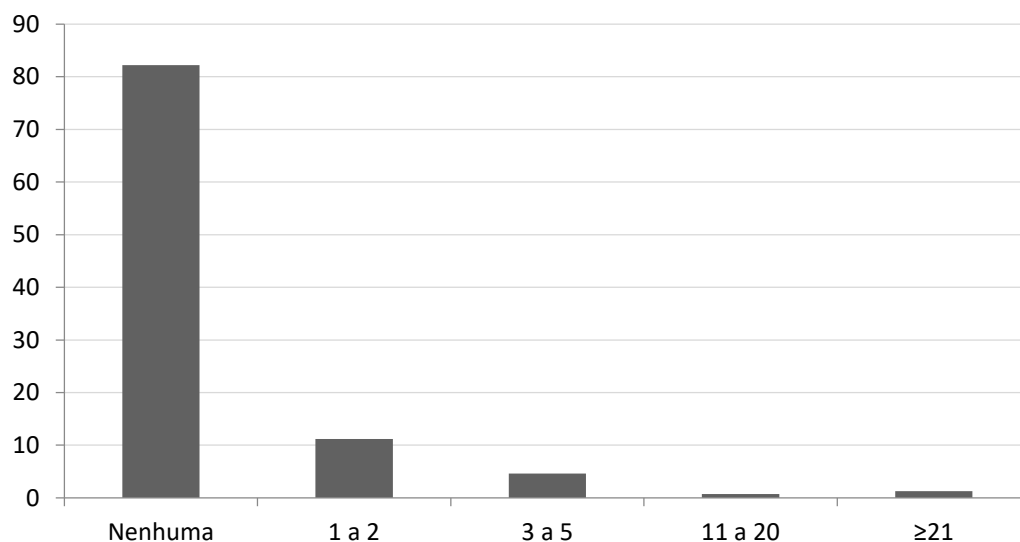


Figura 3. Número de eventos adversos relatados à chefia imediata nos últimos 12 meses, na perspectiva geral dos trabalhadores e profissionais da equipe de saúde. Goiânia - GO, 2019.

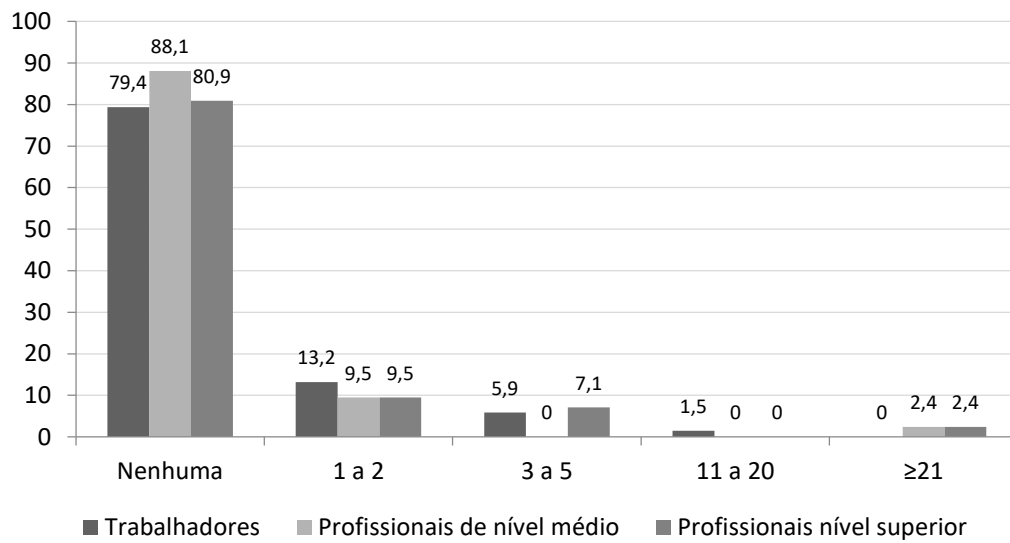


Figura 4. Número de eventos adversos relatados à chefia imediata nos últimos 12 meses, na perspectiva de cada subgrupo da equipe de saúde. Goiânia - GO, 2019.

Por fim, com relação à nota geral da SP, categorizada como “excelente”, “muito boa”, “regular”, “ruim” e “muito ruim”, os resultados são apresentados nas figuras 4 e 5.

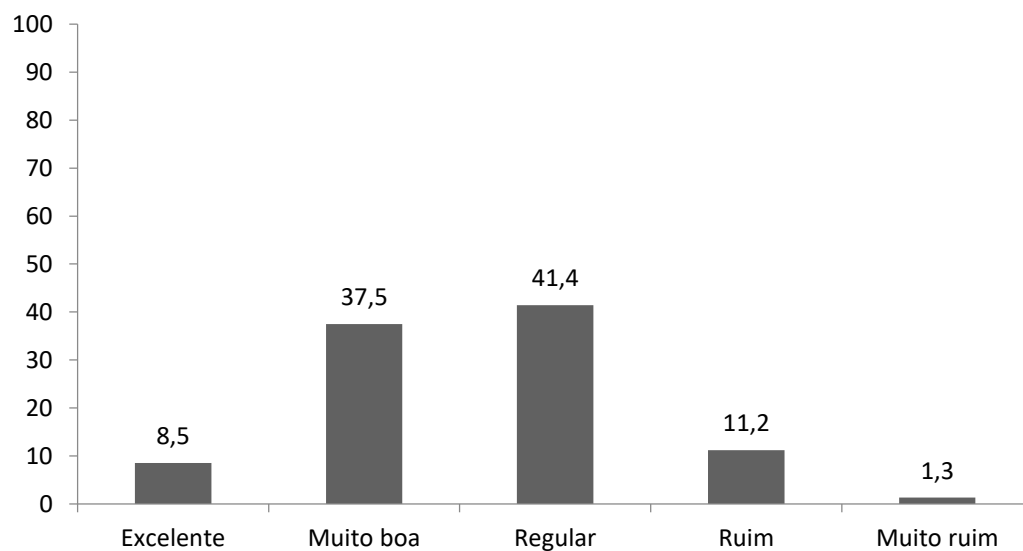


Figura 5. Avaliação do grau de segurança do paciente, na perspectiva geral da equipe de saúde. Goiânia - GO, 2019.

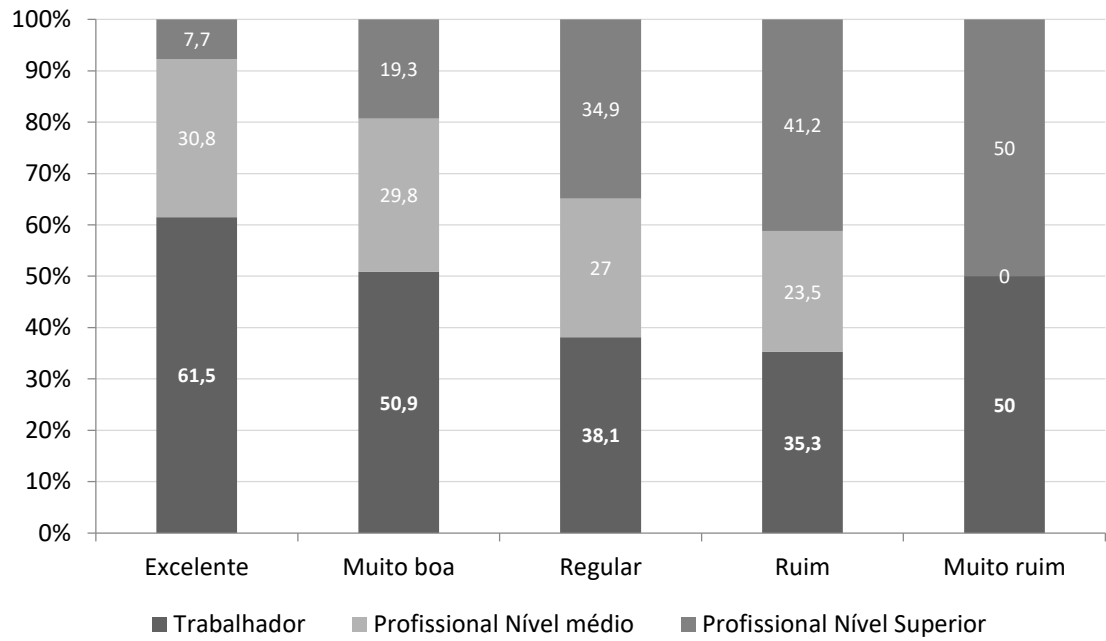


Figura 6. Avaliação do grau de segurança do paciente, na perspectiva de cada subgrupo da equipe de saúde. Goiânia - GO, 2019.

6. DISCUSSÃO

Este estudo surgiu com o objetivo de avaliar a CSP sob a perspectiva da equipe de saúde em um hospital público regional de médio porte do sul de Goiás. A amostra do estudo consistia em 152 trabalhadores da área da saúde e profissionais da área da saúde de nível médio/técnico e nível superior. A taxa de resposta obtida foi de 77,15% dos componentes da equipe de saúde do hospital, o que foi semelhante ao observado em estudos recentes (AKBARI et al., 2017; TEREANU et al., 2017; JYE et al., 2019; TELES et al., 2019) e um pouco maior do que as taxas obtidas em outros estudos brasileiros (REIS, 2013; SILVA-BATALHA e MELLEIRO, 2015).

Essa taxa foi considerada satisfatória e representativa, e este sucesso pode ser atribuído ao comprometimento e persistência dos pesquisadores durante a aplicação dos questionários. Neste sentido, ressaltamos que todos os profissionais e trabalhadores foram informados e conscientizados a respeito da importância dessa pesquisa para ações futuras relativas à SP no hospital. Além disso, a instituição estudada investe em aprendizagem organizacional, o que justifica uma boa média de respondentes. Entretanto, o número de respondentes não foi maior devido a falta de disponibilidade dos mesmos para participar da pesquisa. Encontramos dificuldades para abordar principalmente os profissionais médicos e a equipe de enfermagem, sendo que a principal queixa desses profissionais foi a respeito da falta de tempo disponível para preencher o questionário.

Dentre os respondentes prevaleceram os profissionais do sexo feminino (70,4%), atuando na prestação de serviço à saúde de forma direta (68,2%), assim como se verificou em estudos prévios (REIS, 2013; SILVA-BATALHA e MELLEIRO, 2015; AKBARI et al., 2017; FARZI et al., 2017; JYE et al., 2019; TELES et al., 2019; TEREANU et al., 2017). Além disso, um pouco mais da metade dos participantes (55,2%) eram profissionais da área da saúde de nível médio/técnico ou de nível superior. É oportuno ressaltar que, assim como nos estudos citados anteriormente, uma parte importante destes profissionais eram da área de Enfermagem.

A maior participação dos profissionais de Enfermagem dentre os estudos pode ser explicada pelo fato de que esses profissionais geralmente compõe o maior contingente dentre os profissionais de organizações hospitalares. Isso também justifica o fato de a maior parte dos respondentes serem do sexo feminino, já que

historicamente as profissões ligadas à Enfermagem são desenvolvidas principalmente por mulheres.

Observou-se, ainda, que a maioria dos profissionais da equipe de saúde (75,9%) trabalham nessa unidade entre 40 e 59 horas semanais. Esse valor é maior do que a carga horária semanal de 30 a 36 horas preconizada pela maioria dos conselhos de profissionais da saúde, como os de Enfermagem, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Neste quesito, a SP pode estar comprometida, já que é reconhecida a relação entre a fadiga dos trabalhadores de assistência à saúde, em decorrência da carga de trabalho excessiva, e o risco de ocorrência de EA (THE JOINT COMMISSION, 2011).

Para avaliar a confiabilidade do instrumento HSOPSC, realizou-se o Alfa de Cronbach, que teve o valor geral do coeficiente de 0,85. Esse valor conferiu ao questionário uma alta confiabilidade, já que o valor de confiabilidade referência é $> 0,70$ (NUNALLY, 1978). Valores semelhantes foram encontrados em outros estudos utilizando o mesmo instrumento, demonstrando a confiabilidade do HSOPSC para avaliação da CSP (REIS, 2013; SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015; SANTIAGO; TURRINI, 2015; MOTA, 2018).

As respostas atribuídas a cada dimensão do instrumento HSOPSC foram classificadas como positivas ou negativas e classificadas conforme indicado pelo AHRQ em: área de força ($>75\%$ de respostas positivas), área neutra (50-75% de respostas positivas) ou área com potencial de melhoria para a SP ($<50\%$ de respostas positivas) (AHRQ, 2014). Neste estudo, observou-se que nenhuma dimensão foi classificada como área de força e apenas três dimensões foram classificadas como áreas neutras para a CSP.

A dimensão que recebeu a maior média de respostas positivas foi “aprendizagem organizacional” (64,5%). Mesmo assim, essa dimensão foi considerada como área neutra na instituição avaliada. Outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento encontraram resultados semelhantes neste quesito (BOLDUR; FILIZ, 2010; FAJARDO-DOLCI et al., 2010; REIS, 2013), entretanto, estudos mais recentes conduzidos em países asiáticos identificaram percentuais mais altos para essa dimensão, que foi classificada como área de força nas instituições investigadas (AKBARI et al., 2017; FARZI et al., 2017; JYE et al., 2019; TELES et al., 2019). Essas diferenças apontam culturas distintas dentre diversas instituições em outros países.

Cabe ressaltar que os estudos aqui comparados incluíram, por vezes, participantes diferentes aos do estudo atual. Algumas pesquisas entrevistaram apenas profissionais de Enfermagem ou de apenas um departamento do hospital, enquanto este estudo avaliou toda a equipe de saúde. Entretanto, mesmo não se tratando das mesmas populações, as comparações são válidas, já que a CSP permeia o ambiente de trabalho hospitalar.

A dimensão “aprendizagem organizacional” é encontrada quando a cultura organizacional da instituição investe em aprender com os incidentes ou EA ocorridos e integra processos de melhorias de desempenho em sistema de prestação de cuidados (SAMMER, et al, 2010). Para que a aprendizagem ocorra de forma contínua são necessários investimentos no retorno de informações aos sistemas de notificações, possibilitando o compartilhamento de ideias para que ações de aprendizado sejam desenvolvidas (FRANKEL et al., 2017). Neste sentido, o treinamento de novos profissionais é essencial para a manutenção da qualidade e fortalecimento de ações para a CSP, tanto o treinamento técnico quanto ensinamentos sobre essa cultura e suas competências correlatas (WACHTER, 2013).

A dimensão “expectativas da direção para a segurança” foi a segunda melhor avaliada, com 60,2% de respostas positivas. Nesta dimensão, foi avaliado como os funcionários percebem a SP a partir das ações dos supervisores/chefes. Podemos considerar que a visão do supervisor/chefe não foi uma área problemática no âmbito da unidade hospitalar estudada, o que compõe um aspecto positivo da CS. É sabido que a CS começa com ações provenientes da liderança e líderes engajados são fundamentais para o sucesso do desenvolvimento dessa cultura dentro de uma organização (SAMMER et al., 2010). Deste modo, os líderes devem influenciar os profissionais da área de saúde a desenvolverem hábitos que resultem em uma CSP positiva e melhoria constante (FRANKEL et al., 2017).

A outra dimensão avaliada como neutra para a SP foi o “trabalho em equipe na unidade”, com 54,7% de respostas positivas. Esse resultado aponta a existência de uma boa relação entre as equipes a nível de unidade hospitalar, sendo um parâmetro positivo para a CS. Cabe ressaltar que o trabalho em equipe na unidade hospitalar implica em um cuidado de saúde eficiente, com apoio e respeito mútuo entre os profissionais (SORRA; NIEVA, 2004). Outros estudos também identificaram bons resultados para essa dimensão (AKBARI et al., 2017; FARZI et al., 2017; TEREANU et al., 2017; MOTA, 2018; TELES et al., 2019).

Todas as outras dimensões receberam menos de 50% de respostas positivas, sendo consideradas áreas de “potencial de melhoria” para a CSP. Nesse quesito, as dimensões que receberam menos repostas positivas foram: “feedback e comunicação sobre erros” (38,1%), “problemas em mudanças de turno” (35,7%) e “resposta não punitiva aos erros” (28,1%).

A dimensão “problemas em mudanças de turno” avalia o processo de cuidado quando o paciente é transferido para outra unidade ou quando há troca de plantão entre os profissionais, avaliando a troca de informações entre eles. Dois estudos prévios conduzidos no Brasil também observaram uma CSP frágil para esta dimensão em hospitais públicos, com resultados de 19,7% (ANDRADE et al., 2018) e 25% (CÂMARA, 2016) de respostas positivas. Um estudo conduzido no Irã (FARZI et al., 2017) também observou um percentual baixo de respostas positivas nesse quesito (21,1%), enquanto que em um estudo conduzido na Romênia, essa dimensão foi classificada como área de força, com mais de 80% de respostas positivas (TEREANU et al., 2017).

É relevante ressaltar a necessidade de investimento na melhoria dos processos de passagem de turno/plantão e transferências de pacientes na unidade hospitalar estudada. Esse momento é considerado de alto risco para possíveis causas de incidentes e a existência de uma padronização na troca de turnos é essencial. Para isso, esse processo deve ocorrer em local e horário pré-determinados e adequados, os profissionais envolvidos devem estar atentos e disponíveis pelo tempo necessário para a troca de informações necessárias, com o registro dos itens importantes e comunicação das informações acerca do cuidado (MOTA, 2018).

Neste estudo, as dimensões “feedback e comunicação sobre erros” e “resposta não punitiva aos erros” também se apresentaram frágeis para a CSP. Essas dimensões também receberam um baixo percentual de respostas positivas em diversas pesquisas, que confirmam que essas são áreas problemáticas para a CSP em hospitais no Brasil e mundo afora; evidenciado que a cultura de culpabilidade configura um desafio global para o fortalecimento da CSP entre profissionais da área de saúde (BOLDUR; FILIZ, 2010; FAJARDO-DOLCI et al., 2010; MELLO e BARBOSA, 2013; REIS, 2013; SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015; CÂMARA, 2016; AKBARI et al., 2017; FARZI et al., 2017; TEREANU et al., 2017; ANDRADE et al., 2018; MOTA, 2018; TELES et al., 2019).

Esses resultados apontam uma cultura de culpabilidade que responsabiliza o profissional frente à ocorrência de erros, impedindo a identificação de problemas nos processos de trabalho que podem ter levado à ocorrência desses erros. O grande problema é que essa cultura punitiva prejudica o reconhecimento dos erros e desencoraja os profissionais a notificá-los, prejudicando o aprendizado organizacional a partir desses mesmos erros (REIS, 2013).

A CSP no sistema de saúde reconhece que a assistência à saúde é um empreendimento complexo e de alto risco. Para tanto, essa cultura desencoraja culpar os indivíduos quando o dano ocorre e, em vez disso, busca causas sistemáticas que levam a erros e danos. Faz-se necessário incentivar os profissionais a relatar erros e usar esses relatórios para fazer alterações sistemáticas, que evitem a ocorrência de erros futuros, estimulando as pessoas, em todos os níveis de uma organização, a trabalhar de forma colaborativa para melhorar a segurança. Precisamos compreender que todas as pessoas cometem erros e, em vez de culpá-las, é necessário criar sistemas mais seguros para evitar EA (BASSON et al, 2018).

Neste sentido, também observamos que 82% dos trabalhadores/profissionais não preencheram nenhuma ficha de ocorrência de EA nos últimos 12 meses no hospital investigado. Mota (2018), Silva et al. (2018), Câmara (2016) e Costa (2014) também relataram que 70,6%, 82%, 80% e 77,8% dos respondentes, respectivamente, não reportaram relatórios de EA no último ano, antes da condução das pesquisas. Esses resultados evidenciam altas taxas de subnotificações em instituições hospitalares brasileiras, sendo um ponto alto importante para implementação de melhorias. O não preenchimento das notificações demonstra uma possível falta de informação a respeito dos mesmos ou de conscientização sobre a importância de notificar os EA. Isso também pode estar relacionado a cultura de culpabilização presente na equipe profissional, conforme discutido para as dimensões “feedback e comunicação sobre erros” e “resposta não punitiva aos erros”.

A discussão sobre o erro no serviço de saúde é considerada recente no Brasil e a imputação de culpa aos profissionais que erram está fortemente arraigada e presente desde a formação nas faculdades e Universidades. As relações de poder dentro do serviço de saúde também são observadas, entre as diversas categorias profissionais e na própria estrutura hierárquica da organização entre liderança e subordinados (SANTIAGO, 2015). Deste modo, as culturas organizacionais mais

burocráticas são menos propensas ao desenvolvimento da qualidade do que as organizações com maior equilíbrio de trabalho em grupo (SPEROFF et al., 2010).

No geral, 41,4% dos respondentes classificaram a SP como “regular”, enquanto 37,5% acreditam que a SP no hospital estudado é “muito boa”. A avaliação da SP também foi classificada como “regular/aceitável” ou “muito boa” em estudos prévios (BOLDUR; FILIZ, 2010; REIS, 2013; COSTA, 2014; SILVA-BATALHA e MELLEIRO, 2015; FARZI et al., 2017; SILVA et al., 2018). No entanto, o estudo de Alahmadi et al. (2010), conduzido em hospitais da Arábia Saudita, identificou que 60% dos respondentes classificaram a SP como “muito boa” ou “excelente”. Já Andrade et al. (2018) identificaram que apenas 25,9% dos respondentes de um hospital estadual classificaram a SP como “muito boa”, enquanto 48,2% a classificaram como “ruim” ou “péssima”.

Neste estudo, a avaliação da CSP foi contraditória aos resultados obtidos para a maioria das dimensões de cultura, tendo em vista que nenhuma dimensão foi classificada como área de força. Essa avaliação também não condiz com o alto percentual de participantes que afirmaram não terem notificado nenhum evento nos últimos 12 meses. Esses resultados podem indicar um desconhecimento dos profissionais a respeito da CSP, já que o relato de EA é essencial para o aprendizado organizacional. Nesse sentido, é preciso estabelecer ações que aperfeiçoem o conhecimento dos profissionais da instituição estudada acerca da CSP e que incentivem a notificação de EA, evitando apontar culpados e buscando a melhoria da qualidade do cuidado. A promoção de um ambiente livre de culpa é um dos pontos propostos pela AHRQ (2013) para que as instituições de saúde possam ter uma CSP bem estabelecida.

Quando observados os resultados individuais para as diferentes categorias de trabalhadores e profissionais, observamos que os profissionais de saúde de nível superior apresentaram um percentual significativamente mais baixo ($p < 0,05$) de respostas positivas para as dimensões “trabalho em equipe na unidade”, “expectativas da direção para a segurança”, “percepção de segurança”, “*feedback* e comunicação sobre erros”, “frequência de eventos notificados”, “trabalho em equipe entre unidades” e “problemas em mudanças de turno”, quando comparados aos trabalhadores da área de saúde ou profissionais de nível médio. Os profissionais de nível superior também foram os que mais classificaram a SP como “regular” ou “ruim” na instituição pesquisada.

Esses resultados sugerem que os profissionais de nível superior percebem um maior déficit na SP da instituição. Por serem os profissionais que possuem maior interação com os pacientes é possível que tenham uma percepção mais aguçada acerca das dimensões que compõe a CSP e um nível de exigência mais elevado, talvez devido a responsabilidade atribuída a seus cargos, que geralmente são cargos de liderança ou próximos à direção hospitalar.

Nesse quesito, destaca-se o profissional enfermeiro, que atua como líder de equipe, realiza todos os dias o gerenciamento das mais diversas ações, além de treinar a equipe de enfermagem, supervisiona a assistência e realiza suas próprias atividades assistenciais e burocráticas. Por isso, deve se responsabilizar ainda mais na promoção de uma prática assistencial o mais segura possível, pois a excelência da qualidade nos serviços de saúde está diretamente ligada à SP e à sua atuação enquanto profissional.

Ressalta-se que a instituição estudada realiza o rodizio dos profissionais e não é dividida em departamentos, por isso neste estudo não foram trabalhadas as áreas individuais para cada profissão e sim as categorias.

Em sumário, este estudo demonstrou uma CSP frágil na perspectiva da equipe de saúde, com a maioria das dimensões apresentando potencial de melhoria e nenhuma área de força. Tais evidências servem para reforçar o planejamento de estratégias para a SP nessa instituição, pois a partir do momento que se têm o diagnóstico situacional finalizado, o conhecimento de quais áreas necessitam de maior atenção fica explícito, e então é o momento de iniciarmos as ações em prol de melhorias, para que em estudos futuros nessa instituição a CSP esteja consolidada.

A qualidade do cuidado de saúde é definida como o grau em que os serviços prestados ao paciente diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis e aumentam os desfechos favoráveis, de acordo com o conhecimento científico corrente (FARIAS, 2016). Um conceito fundamental para a garantia de um cuidado de saúde efetivo é a CSP.

O primeiro passo para se estabelecer uma CSP efetiva em uma organização de saúde é avaliar a cultura corrente (PRONOVOST et al., 2004). Essa avaliação facilita o conhecimento acerca das percepções e comportamentos relacionados à segurança por parte dos funcionários, permitindo a identificação de áreas mais problemáticas e assegurando o planejamento e implementação de intervenções (SORRA; NIEVA, 2004).

Avaliar a CSP é apenas o primeiro passo na prestação de uma assistência segura. A formação de uma CSP envolve o engajamento de toda a instituição, principalmente os líderes e a gerência para que seja possível adotar a SP como prioridade, bem como os profissionais que atuam diretamente e indiretamente na assistência, pois estes devem estar igualmente envolvidos e empoderados na busca de uma assistência segura de qualidade.

O estímulo à CSP e a implantação de metas que objetivem a prevenção de eventos adversos são imprescindíveis para a melhoria dos sistemas de saúde (WATCHER, 2010). Para implementação de uma CSP positiva, as organizações de saúde precisam priorizar uma comunicação de confiança entre todos os profissionais da instituição, com valorização das medidas preventivas que necessitem ser implementadas, com o intuito de melhorar a qualidade do cuidado prestado. Além disso, a não ocorrência de punição frente aos erros deve ser estimulada, exceto mediante condutas inapropriadas, quando existirem. O ambiente hospitalar precisa ser seguro para que os profissionais relatem os erros ocorridos, conversem sobre eles e possam analisá-los junto às situações que os precederam, identificando os pontos frágeis dos processos e traçando estratégias de melhorias (REIS, 2013).

Este estudo permitiu conhecer o diagnóstico da CSP na instituição, por meio da percepção dos funcionários acerca da SP, demonstrando a importância da CSP para o desenvolvimento de sistemas de saúde com adequada prestação de serviços com qualidade no cuidado e segurança do paciente, a fim de sensibilizar e conscientizar os profissionais sobre o tema.

A utilização de um instrumento traduzido e validado no Brasil é um aspecto positivo desta pesquisa, pois possibilita maior segurança e confiabilidade na aplicação. Observa-se vários pontos relevantes da CSP, assim como suas fragilidades, que precisam ser conhecidas e analisadas pelos gestores do hospital, com o objetivo de aprimorar os processos de trabalho para melhoria da qualidade. O diagnóstico dessa realidade mostra a necessidade de se investir na mudança da cultura organizacional na instituição estudada, devendo ter início nas ações e estratégias da liderança que priorizem a avaliação sistêmica dos incidentes e promovam a CSP.

Sugere-se fortemente que sejam realizados maiores investimentos em ações e processos que fortaleçam a aprendizagem organizacional e a melhoria do ambiente. Dessa forma, haverá uma contribuição significativa para o aumento da percepção

sobre o tema e a criação de processos mais seguros para os pacientes e para a organização.

Outro aspecto positivo deste trabalho foi a participação de todas as categorias profissionais do hospital com amostra representativa, o que mostra a realidade da CSP de maneira fidedigna; bem como, a elevada taxa de adesão à pesquisa.

Como limitação do estudo, destacam-se pontos fracos do instrumento HSOPSC, como a ausência de questionamentos acerca de outros vínculos empregatícios dos respondentes, além do serviço exercido no hospital estudado. O que pode influenciar na avaliação da CSP, devido à possível carga de trabalho elevada e ao estresse profissional.

Ao concluir este estudo, destaca-se a magnitude dessa temática e a importância da realização de outras pesquisas para conhecer e avaliar a CSP em instituições de saúde. O envolvimento e mobilização de profissionais e gestores de saúde são fundamentais para a construção e consolidação da SP.

7. CONCLUSÕES

Com base nos resultados desta pesquisa, conclui-se que:

- As dimensões do questionário HSOPSC relativo à CSP que receberam mais repostas positivas e foram classificadas como “áreas neutras” foram: “aprendizagem organizacional”, “expectativas da direção para a segurança” e “trabalho em equipe na unidade”;
- Todas as outras dimensões foram classificadas como “área com potencial de melhoria” para a segurança do paciente;
- As dimensões que receberam menos respostas positivas foram “*feedback* e comunicação sobre erros”, “problemas em mudanças de turno” e “respostas não punitivas aos erros”;
- No geral, a CSP foi considerada frágil na instituição estudada;
- A equipe de saúde da instituição estudada era composta principalmente por pessoas do sexo feminino, com idade entre 40 e 49 anos, segundo grau completo e com especialização.
- A maior parte dos respondentes desta pesquisa eram trabalhadores da área da saúde (44,7%), seguidos por profissionais da área da saúde de nível médio/técnico (27,6%) e profissionais da área da saúde de nível superior (27,6%);
- A maior parte dos respondentes (82%) não reportou nenhum evento adverso nos últimos 12 meses;
- Os profissionais da área da saúde de nível superior apresentaram menor percepção a respeito das dimensões apresentadas no questionário, tendo atribuído menos respostas positivas para as dimensões “trabalho em equipe na unidade”, “expectativas da direção para a segurança”, “percepção de segurança”, “*feedback* e comunicação sobre erros”, “frequência de eventos notificados”, “trabalho em equipe entre unidades” e “problemas em mudanças de turno”. Esses valores foram estatisticamente significativos ($p < 0,05$);
- No geral, a maioria dos respondentes classificaram a SP como “regular”;
- Os profissionais de saúde de nível superior foram os que mais classificaram a segurança do paciente como “regular” ou “ruim”.

- Este estudo contribuiu para o conhecimento acerca da CSP na instituição estudada, promovendo um diagnóstico situacional do ambiente de trabalho. Essas informações serão repassadas aos gestores hospitalares, de modo a auxiliar no desenvolvimento de diretrizes que melhorem a qualidade de cuidado e a SP.

REFERÊNCIAS

Akbari N, Malek M, Ebrahimi P, Haghani H, Aazami S. Safety culture in the maternity unit of hospitals in Ilam province, Iran: a census survey using HSOPSC tool. *PanAfrican Med J.* 2017;8688(27):1–6.

Alahmadi HA. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Heal Care.* 2010;19(e17):1–5.

ANSP - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Desenvolvimento Setorial. IN Nº 61, de 4 de dezembro de 2015. Dispõe sobre a regulamentação dos parágrafos 2º e 3º do artigo 7º da Resolução Normativa - RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre o Fator de Qualidade a ser aplicado ao índice de reajuste definido pela ANS para prestadores de serviços hospitalares. Rio de Janeiro, 2015a.

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality. Efforts to improve patient safety result in 1.3 million fewer patient harms: interim update on 2013 annual hospital-acquired condition rate and estimates of cost savings and deaths averted from 2010 to 2013. Rockville. 2014. Disponível em: <http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=28573>.

Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho, MCM. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2018;23(1):161-172.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Ministério da Saúde. Portaria nº. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União.* 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Ministério da Saúde. Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde. 2013b. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/cader-no-6>.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União.* 2013c. Disponível em: www.saude.gov.br/segurancadopaciente.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União.* 2013d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Ministério da Saúde. Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013: ações para segurança do paciente em serviços de saúde. 2013d. Disponível em:

http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e.

Aragão J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Rev Práxis*. 2013;3(6). Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/566>.

Arruda NLO, Bezerra ALQ, Teixeira CC, Silva AEBC, Tobias GC, Paranaguá TTB. Percepção do paciente com a segurança no atendimento em unidade de urgência e emergência. *J Nurs UFPE. Rev Enferm*. 2017;11(11):4445–54. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=126616165&site=ehost-live>.

Aspden P, Wolcott J, Bootman JL, Cronenwett LR. Preventing medication errors: Quality chasm series. IOM - Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Washington: The National Academies Press. 2007:544p.

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. ISO 9004: Gestão para o sucesso sustentado de uma organização, uma abordagem da gestão da qualidade. Rio de Janeiro, 2010.

Azevedo KCC, Alves AMPM, Felix ZC, Viana ACG. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em um serviço de saúde. *Rev enferm UFPE on-line [internet]*. 2016 [acesso em 12 ago 2018];10(12):4692-5. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11540/13448>.

Balogh EP, Miller BT, Ball JR. Improving diagnosis in health care. Washington: The National Academies Press. 2015.

Basson T, Montoya A, Neily J, Harmon L, Watts B V. Improving Patient Safety Culture. *J Patient Saf*. 2018;17(1):1. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2011.03.004>.

Bastos JLD, Duquia RP. Tipos de dados e formas de apresentação na pesquisa clínico-epidemiológica. *Scientia Medica*. 2006;16:133-8.

Batalha, SSE, Melleiro MM. Cultura de Segurança do Paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-072015000192014>.

Blegen MA, Gearhart S, Brien RO, Sehgal NL, Alldredge BK. AHRQ 's Hospital Survey on Patient Safety Culture: Psychometric Analyses. *J Patient Saf*. 2009;5(3):139–44.

Braga MA. Influência das infecções relacionadas à assistência no tempo de permanência e na mortalidade hospitalar utilizando a classificação do Diagnosis Related Groups como ajuste de risco clínico [tese doutorado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.

Brasil. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 6.437: Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Brasília – DF. 20 de agosto de 1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6437.htm. Acesso em 22 nov. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2014. 42p. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n.36, de 25 de julho de 2013a. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e>. Acesso em: 22 nov. 2019.

Brasil. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.377. Brasília – DF. 9 de julho de 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>. Acesso em 22 nov. 2019.

Brasil. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.095. Brasília – DF. 24 de setembro de 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em 22 nov. 2019.

Bodur S, Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of “Hospital Survey on Patient Safety Culture” and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. BMC Health Serv Res. 2010;10(28):1–9.

Budnitz DS, et al. National surveillance of emergency department visits for outpatient adverse drug events. JAMA. 2006;(296)15:1858–1866.

Câmara JJC. Cultura de segurança do paciente na ótica da enfermagem em uma Unidade de Transplante Renal. São Luís, 2016. 106p. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Maranhão.

Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário de Atitudes Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil. Rev Latino Am Enfermagem. 2012;20(3):575-82.

Casey T, Griffin MA, Flatau Harrison H, Neal A. Safety climate and culture: Integrating psychological and systems perspectives. J Occup Health Psychol. 2017;22(3):341–53. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28150991>.

Castro CS, Pantoja EMS, Lupselo SR, Argenta MI, Hoffman ACOS, Bastiani J. Fatores que influenciam no cuidado seguro de enfermagem ao paciente. Rev Elet Estácio Saúde. [internet]. 2018 [acesso em 18 jan 2019];7(1). Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudeasantacatarina/article/view/3973>;

Centers for Disease Control and Prevention. NHSN manual: patient safety component protocols. January. 2016. Disponível em: http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/nhsn_documents.html.

Centers for Medicare & Medicaid Services. Quality measure development plan: supporting the transition to the merit-based incentive payment system (MIPS) and alternative payment models (APMs). Baltimore: Centers for Medicare & Medicaid Services. 2015. Disponível em: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/ValueBased-Programs/MACRA-MIPS-and-APMs/MACRA-MIPS-and-APMs.html>.

Costa DB. Cultura de segurança do paciente sob ótica da equipe de enfermagem em serviços hospitalares. Ribeirão Preto, 2014. 97p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Couto RC, Pedrosa TMG, Rosa MB. Erros acontecem. A força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados. Construindo um sistema de saúde mais seguro. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2016/10/Estudo-eventos-adversos-no-Brasil-2016.pdf>.

Cruz EDA, Rocha DJM, Mauricio AB, Ulbrich FS, Batista J, Maziero EC. Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. *Cogitare Enferm*. 2018;(23)1:e50717. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50717>.

Daibert PB. Impacto econômico e assistencial das complicações relacionadas à internação hospitalar. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-A2MJCX>.

Dean J. Porque fazemos o que fazemos. Bons hábitos. Bertrand Editora. 2015; 248p.

Donabedian A. Special article: The quality of care: How can it be assessed? 1988. Disponível em: < <http://www.law.uh.edu/faculty/jmantel/health-regulatory-process/Donabedian-The-Quality-of-Care.pdf> >. Acesso em: 20 set. 2019.

Etchegaray JM, Thomas EJ. Comparing two safety surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(6):490-8.

Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Arboleya-Casanova H, Rojano-Fernández C, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cir Cir*. 2010;78(6):527–32.

Farias CCP. Fundamentos de uma diretriz brasileira necessária ao avanço da qualidade em saúde e segurança do paciente. *Revista Acreditação: ACRED*. 2016;6(11):130-135. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5602117>.

Farzi S, Moladoost A, Bahrami M, Farzi S, Etminani R. Patient Safety Culture in Intensive Care Units from the Perspective of Nurses : A Cross-Sectional Study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2017;22(5):372–6.

Fernandes LGG, Tourinho FSV, Souza NL de, Menezes RMP de. Contribution of James Reason to patient safety: reflection for nursing practice. *J Nurs UFPE on-line*. [Internet]. 2014 [acesso em 5 fev 2019];8(7):2507–12. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9944>>.

Frankel A, Haraden C, Federico F, Lenoci-Edwards JA. Framework for safe, reliable, and effective care: white paper. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare, 2017. Disponível em: <https://www.medischevervolgopleidingen.nl/sites/default/files/paragraph_files/a_framework_for_safe_reliable_and_effective_care.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2019.

Gartshore E, Waring J, Timmons S. Patient safety culture in care homes for older people: A scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):1–11.

Gonçalves Filho AP, Waterson P. Maturity models and safety culture: A critical review. *Saf Sci.* 2018;105:192–211. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0925753517305507>.

Griffin MA, Curcuruto M. Safety Climate in Organizations. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav.* 2016;3(1):191–212. Disponível em: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-orgpsych-041015-062414>.

Howell J, Ayanian J. Ernest Codman and the end result system: a pioneer of health outcomes revisited. *J Health Serv Res Policy.* 2016;21(4):279–81. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1355819616648984>.

Hugonnet S, Chevrolet JC, Pittet D. The effect of workload on infection risk in critically ill patients. *Crit. Care Med.* 2007;(35)1:76-81.

IOM - Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To Err is Human: Building a Safer Health System.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/doi:10.17226/9728>>. Acesso em 22 nov. 2019.

Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual. Saf.* 2013;(22)10:809–815.

Jye AKR, Hing CZ, Health MP, Peter S, Bartholomew P, et al. Hospital survey on patient safety culture in Sarawak General Hospital : A cross sectional study. *Med J Malaysia.* 2019;74(5):385–8.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system.* Washington: The National Academies Press. Cap. 2: Errors in health care: a leading cause of death and injury. 2000:26-48.

Kwak YG, Lee SO, Kim HY, Kim YK, Park ES, Jin HY, et al. Korean Nosocomial Infections Surveillance System (KONIS). Risk factors for device-associated infection related to organizational characteristics of intensive care units: findings from the Korean Nosocomial Infections Surveillance System. *J. Hosp. Infect.* 2010;(75)3:195-199.

Lee S, Phan PH, Dorman T, Weaver SJ, Pronovost PJ. Handoffs , safety culture , and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Serv Res [Internet].* 2016;16(254):1–8.

Lee SE, Scott LD, Dahinten VS, Vincent C, Lopez KD, Park CG. Safety Culture, Patient Safety, and Quality of Care Outcomes: A Literature Review. *West J Nurs Res.* 2019;41(2):279–304. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29243563>.

Luedy A, Santos JPG, Dias MALM, Meirelles ARN, Luedy R. Sustentação do processo da Acreditação Hospitalar. *Revista ACRED.* 2016;(6)11:10-19.

Makary MA, Daniel M. Medical error - the third leading cause of death in the US. *BMJ.* 2016;(353)2139:1-5.

Martins M, Travassos C, Mendes W, Pavão AL. Hospital deaths and adverse events in Brazil. *BMC Health Serv. Res.* 2011(11):223.

Medicine I of. Crossing the Quality Chasm [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2001. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/10027>.

Melo JF, Barbosa SFF. Cultura de Segurança do Paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2017 [acesso em 10 abr 2018]; 19:a07. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.38760>.

Mello JF, Barbosa SFF. Patient safety culture in intensive care: nursing contributions. Text Context Nurs. 2013;22(4):1124–33.

Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Int. J. Qual. Health Care. 2009;(21)4:279-284.

Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. 2014. Disponível em: <http://editora.saude.gov.br>.

Ministério da Saúde. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1997. Configura infrações a legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília. 1977. Disponível em: www.camara.leg.br/sileg/integras/520839.pdf.

Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. Texto e Context Enferm. 2016;25(2):1–9.

Mota GCHF. A percepção de profissionais de saúde sobre cultura de segurança do paciente em hospital universitário. Universidade de São Paulo; 2018.

Nanji KC, Patel A, Shaikh S, Seger DL, Bates DW. Evaluation of perioperative medication errors and adverse drug events. Anesthesiol. 2016;(124)1:25-34. Disponível em: <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=2466532>.

Nascimento JC, Draganov PB. História da qualidade em segurança do paciente. História da Enfermagem. Revista eletrônica, Brasília. 2015;(6)2:299– 309.

NIHM - National Institute for Healthcare Management. More care is not better care. 2007. Disponível em: <http://www.nihcm.org/~nihcmor/pdf/ExpertV7.pdf>.

NPSF - National Patient Safety Foundation. Accelerating patient safety improvement fifteen years after to err is human. Expert panel. National Patient Safety Foundation, 2015.

Needham DM, Sinopoli DJ, Thompson DA, Holzmüller CG, Dorman T, Lubomski LH, et al. A system factors analysis of “line, tube, and drain” incidents in the intensive care unit. Crit. Care Med. 2005;(33)8:1701-1707.

Nunnally JC. Psychometric Theory, 2.ed. New York: McGraw-Hill, 1978. 640p.

Oliveira Junior ML. Segurança do Paciente: Análise da adequação da prescrição em um hospital de ensino em relação ao protocolo do Ministério da Saúde [dissertação de mestrado]. 2017. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/5004>

ONA. Organização Nacional de Acreditação. Histórico. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>>. 2019. Acesso em: 18 dez. 2019.

OMS - Organização Mundial da Saúde. WHO Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide. 2011. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44641>>. Acesso em 22 nov. 2019.

OMS - Organização Mundial da Saúde. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: Final Technical Report. Geneva: OMS. 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em 22 nov. 2019.

Paese F, Sasso GTMD. Patient safety culture in primary health care. *Text Context Nurs*. 2013;22(2):302–10.

Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Moreira IA, Tobias GC, Silva AEBC. Indicadores de assistência em uma clínica cirúrgica. *Enfermería Glob*. 2016;15(43):228–39. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300010&lang=pt

Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care. Creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press. 2006:506p.

Reis CT, Martins M, Laguardia J. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad Saude Publica*. 2013;28(11):2199-210. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102311X2012001100019>.

Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

Reis GAX, Valera IMA, Inoue KC, Souza VS, Costa MAR, Matsuda LM. Implantação das estratégias de segurança do paciente: sugestões de enfermeiros gestores. *Vigil. Sanit. Debate*. 2016;4(4):132-138.

Rigobello MCG, Carvalho REFL de, Cassiani SHDB, Galon T, Capucho HC, Deus NN de. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(5):728–35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013&lng=pt&tlng=pt.

Santana HT, Siqueira HN, Costa MMM, et al. A segurança do paciente cirúrgico na perspectiva da vigilância sanitária — uma reflexão teórica. *Vig Sanit Debate*. 2014;2(2):34-42.

Santiago T, Turrini RNT. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva *. *J Sch Nurs*. 2015;49(Esp):123–30.

Sammer CE et al. What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, v.42, n.2, p.156–165, 2010.

Schoen C. The affordable care act and the U.S. Economy: a five-year perspective, Commonwealth Fund. 2016. Disponível em: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fundreport/2016/feb/1860_schoen_aqa_and_us_economy_v2.pdf.

Schwartz N V., Hecker S, Goldenhar LM. Defining and Measuring Safety Climate: A Review of the Construction Industry Literature. *Ann Occup Hyg*. 2016;60(5):537–50. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27094180>.

Silva ACAB, Rosa DOS. Cultura de Segurança do Paciente em organização hospitalar. *Cogitare Enferm*. 2016;21(5). Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45583>.

Silva ACMR, Loures PV, Paula KX, Santos NAR, Perígolo R. A importância do Núcleo de Segurança do Paciente: um guia para implantação em hospitais. 2017;87–109.

Silva MR, Mattos AM. Ignaz Semmelweis e a febre puerperal: algumas razões para a não aceitação de sua hipótese. 2015. Disponível em: http://www.abfhib.org/FHB/FHB-10-1/FHB-10-1-06-Marcos-R-Silva_Aline-M-Mattos.pdf.

Silva NDM, Barbosa AP, Padilha KG, Malik AM. Patient safety in organizational culture as perceived by leaderships of hospital institutions with different types of administration. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):487-494. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201600004000166>.

Silva GM, Lima MVM, Araripe MC, Vasconcelos SP, Opitz SP, Laporta GZ. Avaliação da cultura de segurança do paciente na Amazônia Ocidental. *J Hum Growth Dev*. 2018;28(3):307–15.

SILVA, P.L. et al. Produção científica no Brasil acerca da cultura de segurança do paciente. *Rev. UNINGÁ, Maringá*, v.54, n.1, p.37-44, 2017.

Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto Context Enferm*. 2015;24(2):432–41.

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

Siman AG, Cunha SGS, Amaro MOF, Brito MJM. Implicações da acreditação para a gestão do serviço hospitalar. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2017;7:e1480. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1480>.

Singh H, Meyer AND, Thomas EJ. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Qual. Saf*. 2014;(23)9:727-731.

Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. Rockville: AHRQ, 2004. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2019.

Sousa MRG de, Silva AEB de C, Bezerra ALQ. Prevalência de eventos adversos em uma unidade de hemodiálise [Prevalence of adverse events in a hemodialysis unit] [Prevalencia de eventos adversos en una unidad de hemodiálisis]. *Rev Enferm UERJ*. 2018.

Sousa P, Mendes W. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras. 2014;(2). Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2765286/mod_resource/content/1/2014Seguranca_do_paciente_-_livro.pdf.

Speroff T, Nwosu S, Greevy R, Weinger MB, Talbot TR, Wall RJ, et al. Organizational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(6):592-6.

Teleş M, Kaya S. Staff perceptions of patient safety culture in general surgery departments in Turkey. *Afr Health Sci*. 2019;19(2):2208–18.

Tereanu C, Ghelase MS, Sampietro G, Furtunescu FL, Dragoescu A, Molnar A, et al. Measuring Patient Safety Culture in Romania Using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *Curr Heal Sci J*. 2017;43(1):31–40.

The Joint Commission. Sentinel event alert, 48.ed., p.1-4, 2011. Disponível em: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_48_HCW_Fatigue_FINAL_w_2018_addendum.pdf. Acesso em: 22 nov. 2019.

Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Jatobá De Souza AI, Macedo TR. Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente em terapia intensiva neonatal. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>.

Varmazyar S, Mortazavi SB, Arghami S, Hajizadeh E. Relationship between organisational safety culture dimensions and crashes. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2016;23(1):72–8. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17457300.2014.947296>.

Vasconcelos PF, Arruda LP, Sousa Freire VEC, Carvalho REFL. Instruments for evaluation of safety culture in primary health care: integrative review of the literature. *Public Health*. 2018;156:147–51. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350618300039>.

Vogt S, Lourenço ML. Identidade e cultura organizacional: o processo de identificação dos alunos de programas de pós-graduação stricto sensu em administração em instituições públicas e privadas. *Educ Ciência e Cult*. 2017;22(1):61. Disponível em: <http://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Educacao/article/view/2804>.

Vogus TJ. Safety climate strength: A promising construct for safety research and practice. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(9):649–52.

Wachter RM. Compreendendo A Segurança do Paciente. 2013. Disponível em: <https://www.saraiva.com.br/compreendendo-a-seguranca-do-paciente-2-ed-2013-5287663.html>.

Walter OMFC. Análise de ferramentas gratuitas para condução de survey online. *Prod Produção [Internet]*. 2013 [acesso em 2 nov 2018];14(2). Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/ProdutoProducao/article/view/22172ww>.

Yong PL, Saunders RS, Olsen LA. The healthcare imperative: lowering costs and improving outcomes: workshop series summary. Institute of Medicine (US) Roundtable on Evidence-Based Medicine (Edit.). Washington (DC): National Academies Press (US). 2010.

APÊNDICES

Apêndice A – Cartas de Anuência para autorização de pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Dr. Rafael Lopes Rocha

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada *Cultura de Segurança do Paciente em um hospital regional goiano* a ser realizada no Hospital Municipal Modesto de Carvalho, pela discente de pós-graduação, nível mestrado, Jéssica Cezario de Sousa, sob orientação do Prof.^a Dr.^a Regiane Aparecida S. S. Barreto, com os seguintes objetivos: *Avaliar as dimensões da Cultura de Segurança do Paciente na perspectiva da equipe de saúde de um hospital regional público do interior de Goiás; Caracterizar o perfil da equipe de saúde de um hospital regional público do interior de Goiás, segundo as variáveis sócio demográficas e profissionais; Analisar a Cultura de Segurança do Paciente entre os trabalhadores da saúde, profissionais de saúde de nível médio/técnico e profissionais de saúde de nível superior; Classificar as dimensões da Cultura de Segurança do Paciente de acordo com as respostas positivas da equipe de saúde.*

Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição conste no relatório final, bem como futuras publicações em eventos e periódicos científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão mantidos permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, para utilização em pesquisas futuras.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Goiânia, 04 de Junho de 2018.

Regiane Aparecida dos S. S. Barreto
Pesquisador(a) Responsável pelo Projeto

☒ Concordamos com a solicitação ☐ Não concordamos com a solicitação

Rafael Lopes Rocha
Secretário Municipal de Saúde de Itumbiara/GO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilma Sra. Elisângela Franciscon Naves

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada *Cultura de Segurança do Paciente em um hospital regional goiano* a ser realizada no Hospital Municipal Modesto de Carvalho, pela discente de pós-graduação, nível mestrado, Jéssica Cezario de Sousa, sob orientação do Prof.ª Dr.ª Regiane Aparecida S. S. Barreto, com os seguintes objetivos: *Avaliar as dimensões da Cultura de Segurança do Paciente na perspectiva da equipe de saúde de um hospital regional público do interior de Goiás; Caracterizar o perfil da equipe de saúde de um hospital regional público do interior de Goiás, segundo as variáveis sócio demográficas e profissionais; Analisar a Cultura de Segurança do Paciente entre os trabalhadores da saúde, profissionais de saúde de nível médio/técnico e profissionais de saúde de nível superior; Classificar as dimensões da Cultura de Segurança do Paciente de acordo com as respostas positivas da equipe de saúde.*

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão mantidos permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, para utilização em pesquisas futuras.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Goiânia, 04 de Junho de 2018.

Regiane Barreto

Regiane Aparecida dos S. S. Barreto
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto

☒ Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

Elisângela Franciscon Naves
Diretora Administrativa

Elisângela Franciscon Naves
Diretora Administrativa do HMMC

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado senhor (a),

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, em uma pesquisa cujas pesquisadoras são Regiane Aparecida dos S. S. Barreto, responsável e Jéssica Cezario de Souza, pós-graduanda nível mestrado. Este documento irá lhe fornecer informações importantes sobre o estudo. Por favor, leia as instruções abaixo atentamente e, em caso de dúvidas, esclareça-as junto à equipe, para decidir se participa ou não. No caso de aceitar, assine ao final deste documento, que está disponível em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Se ainda permanecer dúvidas, você poderá entrar em contato com o responsável (62) 98302-0450 e em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, no telefone: 35211215.

Título da pesquisa: Cultura de Segurança do Paciente em um hospital regional goiano.

Objetivo da pesquisa: Avaliar a Cultura de Segurança do Paciente na perspectiva da equipe de saúde de um hospital regional público do interior de Goiás.

Condução do estudo: Você será orientado sobre a importância, objetivos, riscos e benefícios da participação neste estudo. Seu nome não será divulgado, mantendo seu anonimato. Você terá garantia de sigilo e direito de retirar seu consentimento a qualquer tempo, sem qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Sua participação ocorrerá em uma etapa, por um tempo de aproximadamente 30 minutos. Sua participação ocorrerá de forma on-line, você preencherá através do tablet fornecido pela pesquisadora o TCLE, Questionário Sócio demográfico e o Instrumento Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC). Todas as etapas possuem autorização das chefias imediata e superior (diretoria administrativa da instituição e Secretário Municipal de Saúde), mediante Carta de Anuência (Apêndice A), sendo acompanhado com orientações e esclarecimentos de dúvidas.

Riscos: Os riscos podem ser alguma forma de desconforto ou constrangimento que poderão ser gerados a partir da coleta de dados por meio dos questionários.

Benefícios: Os benefícios diretos com a participação neste estudo incluem o fornecimento de informações que permitirão aos pesquisadores conhecer a realidade interna da instituição, em prol de mudanças futuras em benefício da instituição e da

qualidade do serviço. Isso proporciona a identificação das limitações e fragilidades específicas, sendo fonte para subsidiar as ações dos gestores e demais responsáveis.

Confidencialidade e período de participação: Sua participação se dará apenas no período da entrevista citada acima. Se você consentir em participar, as informações obtidas serão registradas em formulário próprio e serão mantidas em maior sigilo por todo o período. Portanto, seu nome não constará nos formulários, registros ou publicações. Ainda, você tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer tempo.

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA
PESQUISA**

Eu, _____, RG/CPF/ _____, concordo em participar do estudo, sob a responsabilidade da Prof.^a Dra. Regiane Aparecida dos S. S. Barreto. Fui devidamente informado (a) e esclarecido pelo pesquisador Jéssica Cezario de Sousa dos procedimentos envolvidos, dos possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência.

Local e

data: _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável:

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável:

Apêndice C – Instrumento de Coleta de Dados (Parte I)

I- QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

1. Iniciais do nome: _____
2. Qual seu gênero? ☐ Masculino ☐ Feminino
3. Em qual categoria está incluso a sua idade? ☐ Menor que 18 anos
☐ De 18 a 59 anos
☐ 60 anos ou mais
4. Qual seu nível de escolaridade?
☐ Sem escolaridade ☐ Ensino médio incompleto
☐ Ensino médio completo ☐ Ensino superior incompleto
☐ Ensino superior completo ☐ Pós graduação latu-sensu
☐ Pós graduação stricto-sensu (mestrado)
☐ Pós graduação stricto-sensu (doutorado) ☐ Outros. Especifique: _____
5. Assinale a alternativa que indica sua cor/raça: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda
☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Outros. Especifique: _____
6. Qual o seu estado civil? ☐ Solteiro (a) ☐ Casado (a)
☐ Viúvo (a) ☐ Separação legal
☐ Outros. Especifique: _____
7. Qual cidade você mora? ☐ Itumbiara ☐ Araporã
☐ Centralina ☐ Goiatuba
☐ Outros. Especifique: _____
8. Qual a renda familiar mensal?
☐ Menor que 1 salário mínimo ☐ De 1 a 2 salários mínimos
☐ De 2 a 3 salários mínimos ☐ De 3 a 4 salários mínimos
☐ Maior que 4 salários mínimos
9. Quantas pessoas contribuem na renda familiar mensal?
☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três
10. Quantos empregos você possui?
☐ Um ☐ Dois ☐ Três ☐ Mais de três
11. Você possui filhos?
☐ Sim ☐ Não
12. Se sim, quantos?

☐ Um ☐ Dois ☐ Três ☐ Mais de três

ANEXOS

Anexo A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO: foco na segurança do paciente

Pesquisador: Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 54981916.3.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.539.403

Apresentação do Projeto:

Justificativa da Emenda:

Vislumbramos a necessidade de um diagnóstico de sensibilidade e conhecimento da equipe, pela repercussão que pode ter no perioperatório desde a recepção do paciente no hospital até a alta, visando uma assistência segura e de qualidade. Dessa forma, despertou interesse de aplicar um questionário validado sobre a Cultura de Segurança do Paciente em hospitais na perspectiva da equipe de saúde. É uma ferramenta capaz de conhecer a realidade interna de uma instituição, realizando o diagnóstico situacional, identificação das limitações e fragilidades, podendo desconstruir paradigmas e mudar realidades. O município de Itumbiara de destaque no estado atende a população de 21 municípios de Goiás e o Pontal do Triângulo Mineiro, formado por seis municípios. É fundamental que a assistência nesses polos de desenvolvimento seja de excelência pautada na segurança, visto que a rede hospitalar desse município é referência.

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar a assistência perioperatória com vistas à segurança de pacientes em hospitais de Goiânia-GO;
- Subsidiar a elaboração e a melhoria de indicadores de qualidade e segurança cirúrgica.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 1º Andar - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

**UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS**



Continuação do Parecer: 3.539.403

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios:

Espera-se investigar e analisar ações de promoção de segurança nas intervenções anestésico-cirúrgicas e a adoção dessas ações pela equipe que atua no perioperatório, observando o impacto das mesmas na diminuição de riscos e aumento da segurança dos pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A emenda foi apresentada com clareza, estando de acordo com os preceitos éticos da Resolução 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos obrigatórios foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos na emenda.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda proposta ao projeto de pesquisa.

Situação: Emenda aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1322084_E1.pdf	12/07/2019 11:55:10		Aceito
Outros	carta_adm.pdf	29/05/2019 14:44:14	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_hospital.pdf	29/05/2019 14:43:44	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	seg_adendo.docx	14/04/2019 22:25:43	Regiane Aparecida dos Santos Soares	Aceito

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 1º Andar - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephufg@yahoo.com.br

**UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS**



Continuação do Parecer: 3.539.403

Investigador	seg_adendo.docx	14/04/2019 22:25:43	Barreto	Aceito
Outros	sms.pdf	14/04/2019 22:23:12	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito
Outros	adendo.docx	26/03/2019 15:02:35	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/07/2016 13:59:01	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	05/04/2016 14:40:27	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito
Outros	autoriz_pront.pdf	05/04/2016 14:40:07	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autoriz_hc.pdf	05/04/2016 14:38:43	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	07/02/2016 19:29:31	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	07/02/2016 19:28:53	Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 28 de Agosto de 2019

Assinado por:

JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador(a))

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 1º Andar - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufig@yahoo.com.br

Anexo B - Instrumento de Coleta de Dados (Parte II)

Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC) Instruções

Esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e notificação de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida. Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.

*Um "Evento" é definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.
"Segurança do paciente" é definida como evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados.*

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

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

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

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

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concor do totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às outras	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 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	Concor do totalme nte
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

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

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

SEÇÃO C: Comunicação

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 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?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente , com que frequência ele é notificado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente , mas não causa, com que frequência ele é notificado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 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	Concor do totalme nte
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

hospital que precisam trabalhar em conjunto					
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

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

- ☐ 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

SEÇÃO H: Informações gerais (continuação)**4. Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.**

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

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

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

6. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? _____ anos**7. Qual o seu grau de instrução:**

- ☐ a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto ☐ e. Ensino Superior Incompleto
☐ b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo ☐ f. Ensino Superior Completo
☐ c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto ☐ g. Pós-graduação (Nível Especialização)
☐ d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo ☐ 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. (Por favor, utilize o verso)

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.