



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

DESIRÉE ZAGO SANCHIS

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
FRENTE À CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM
INSTITUIÇÕES DE ALTA COMPLEXIDADE**

Londrina/PR

2018

DESIRÉE ZAGO SANCHIS

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
FRENTE À CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM
INSTITUIÇÕES DE ALTA COMPLEXIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, para fins de obtenção do título Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria Rigo Silva

Londrina/PR

2018

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

Sanchis, Desirée Zago.

Percepção de profissionais de enfermagem frente à cultura de segurança do paciente em instituições de alta complexidade / Desirée Zago Sanchis. - Londrina, 2018.
117 f. : il.

Orientador: Ana Maria Rigo Silva.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.
Inclui bibliografia.

1. Segurança do Paciente - Tese. 2. Cultura de Segurança - Tese. 3. Profissionais de Enfermagem - Tese. I. Silva, Ana Maria Rigo . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

DESIRÉE ZAGO SANCHIS

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
FRENTE À CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM
INSTITUIÇÕES DE ALTA COMPLEXIDADE**

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Maria Rigo Silva
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Edmarlon Giroto
Universidade Estadual de Londrina

Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Fernandez
Lourenço Haddad
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, ____ de _____ de _____.

Dedico este trabalho às pessoas muito especiais em minha vida. Aos meus pais, pela abdicação diária para a realização deste sonho. Ao meu lindo irmão, pela sua admiração. E por último e não menos especial ao meu amado e eterno namorado, pelo seu companheirismo, lealdade e carinho. Este sonho, esta conquista, é graças a vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado sabedoria e saúde para esta conquista.

Agradeço também aos meus amados pais, foi difícil de encontrar as palavras, mas encontrei uma música de Ana Pearson que transmite meus sinceros sentimentos, "Pai e mãe, tudo o que eu sei de bom devo a vocês. Então, quero falar agora, abrir meu coração, mostrar a minha gratidão. Todos os dias frios, todos os filhos são aquecidos, por esse amor tão raro, infinito, sem igual. A cada passo do meu caminho, nunca me sinto só. Pois é no peito que trago, comigo guardado, as lembranças de um tempo bom". Agradeço a vocês infinitamente, a oportunidade de ter vocês como pais, de sempre me apoiarem, pela abdicação diária, por serem afago em dias de choro e indecisões, por serem "espelhos" de pessoas e de profissionais. Como minha mãe sempre me diz "minha filha, sua vitória é minha também". Minha eterna gratidão!

Ao meu companheiro, Rodrigo Yudi Palhaci Marubayashi, por ter me estimulado a cada dia mais a ser uma profissional de excelência. Por ter me acompanhado a cada passo em meu crescimento pessoal e profissional, por ficar noites em claro me auxiliando nos estudos, me dando força e afago, por nunca ter deixado eu desistir dos meus sonhos. Te agradeço por estar ao meu lado, por assumir a função de companheiro, como o próprio dicionário traz, "companheirismo é se dispor a caminhar juntos". Como já dizia Elvis Presley "Quando ninguém mais me compreender, quando tudo que eu faça estiver errado, você me dará esperança e consolo, você me dará força para continuar, e você sempre estará lá, para me dar uma mão em tudo que eu faça".

Ao longo do meu crescimento, sempre me questioneei, que exemplo de pessoa e profissional gostaria de ser. Sempre me preocupei com a minha formação, me graduei em 2013, fiz duas especializações, e no ano de 2015 fui contemplada com a aprovação no Mestrado em Saúde Coletiva, em uma universidade tão estimada. Mas ao longo desta trajetória me deparei com o questionamento, o que é ser

Mestre? Encontro a seguinte descrição no dicionário, “pessoa dotada de excepcional saber, competência, talento em qualquer ciência ou arte”. Mas além do saber, é preciso ter humildade o suficiente para transmitir este conhecimento. Difícil? Sempre pensei que seria impossível me deparar com pessoas que conseguissem associar o conhecimento a transmissão de conhecimento com humildade. E adivinhem? Encontrei, por isso venho agradecer, obrigada Ana Rigo. Por ter sido tão carinhosa, estimulante, pelo incentivo diário, por não ter me deixado desistir. Obrigada por todo conhecimento transmitido.

Aos meus colegas de trabalho e instituição a qual faço parte, em especial a Ir. Lorena Jenal e Eliane Silveria Hernandez Conceição por terem me incentivado a realizar e concluir o mestrado, por terem me liberado para cumprir meus créditos acadêmicos, assim como as reuniões com minha orientadora.

Aos meus colegas de mestrado, por terem deixado esta fase mais leve. Espero ter contemplado todos em meus agradecimentos, as pessoas acima citadas fizeram o meu sonho se tornar realidade. Sonho, como já dizia Gonzaguinha, “ontem um menino que brincava me falou, hoje é a semente do amanhã, não tenha medo, que este tempo vai passar, não se desespere, nem pare de sonhar, nunca se entregue, nasça sempre com as manhãs, deixe a luz do sol brilhar no céu do seu olhar”.

EPÍGRAFE

“Não é sobre chegar no topo do mundo e saber que venceu, é sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu”.

Ana Carolina Vilela Da Costa

SANCHIS, Desirée Zago. **Percepção de profissionais de Enfermagem frente à cultura de segurança do paciente**. 2018. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2018.

RESUMO

A cultura de segurança nas instituições de saúde é aquela em que cada profissional reconhece suas responsabilidades frente à segurança do paciente e procura contribuir para melhoria na qualidade do cuidado. As organizações necessitam de culturas únicas, com fusão de valores, crenças e comportamentos que determinem a forma de seu funcionamento. **Objetivo:** Analisar a percepção dos profissionais de enfermagem acerca das dimensões da cultura de segurança do paciente em instituições de alta complexidade. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal e com abordagem quantitativa. A população de estudo foi constituída por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuavam na assistência direta ao paciente, em três instituições de alta complexidade. A fim de avaliar a cultura de segurança do paciente, foi utilizado o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC), de 2004. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e abril de 2017, por meio de abordagem individual. Foi realizada análise descritiva, com uso de frequências absolutas e relativas. A cultura de segurança foi avaliada utilizando o cálculo dos percentuais de respostas positivas para cada dimensão do instrumento, à partir do cálculo dos percentuais foram atribuídas categorias, com a seguinte classificação: áreas consideradas fortalecidas ($\geq 75,0\%$ de respostas positivas), áreas com potencial de melhoria ($<75,0\%$ a $>50,0\%$), e áreas enfraquecidas/fragilizadas ($\leq 50,0\%$). Além disto, foi utilizando a análise de associação, por meio da regressão de Poisson com cálculo da Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança 95% (IC 95%). Para análise dos dados utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). **Resultados:** Participaram do estudo 587 indivíduos, 42,8% eram enfermeiros e 57,2% técnicos ou auxiliares de enfermagem. A taxa de resposta atingiu 75,8% da população alvo. A maioria dos respondentes era do sexo feminino (88,4%), tinham entre 20 e 39 anos (60,8%), atuava na instituição há menos de cinco anos (57,8%) e não possuía outro vínculo de trabalho (79,2%). As dimensões caracterizadas como enfraquecidas nas instituições, foram: “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” (48,5%), “Percepções generalizadas sobre a segurança do paciente” (45,5%), “Transferências internas e passagens de plantão”(40,9%), “Adequação de profissionais” (37,8%), “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” (37,0%), “Abertura para as comunicações” (29,5%) e “Respostas não punitivas aos erros” (18,8%). Sobre os indicadores de segurança do paciente, 52,5% dos profissionais consideraram a segurança do paciente como excelente ou muito boa, e 58,5% dos enfermeiros não notificaram ao menos um evento adverso em doze meses. Quanto aos fatores associados à percepção negativa, os profissionais que atuavam em unidades semicríticas do hospital 1 avaliaram negativamente com maior frequência a dimensão “abertura para as comunicações” – RP: 1,246 (IC 95%:

1,007-1,540, $p=0,042$). Para a dimensão “respostas não punitivas aos erros”, os participantes do hospital 1 com mais de seis anos de atuação avaliaram negativamente com maior frequência quando comparados aos participantes com menos de seis anos – RP: 1,076 (IC 95%: 1,002-1,155, $p=0,043$). Ainda sobre a dimensão “respostas não punitivas aos erros”, os profissionais que atuavam em unidades semicríticas avaliaram negativamente com maior frequência quando comparados aos que atuavam em unidades críticas – RP: 1,639 (IC 95%: 1,282-2,096, $p < 0,001$) no hospital 2. Assim como os profissionais do gênero masculino no hospital 2 – RP: 1,538 (IC 95%: 1,198-1,975, $p=0,001$) e 3 – RP: 1,194 (IC 95%: 1,043-1,365, $p=0,010$). **Conclusão:** Conclui-se que há necessidade do apoio da alta gestão hospitalar frente à disseminação da cultura segurança do paciente, por meio de programas de sensibilização aos profissionais nas instituições, com incentivo a criação de uma cultura justa e não punitiva. Com isto os profissionais terão incentivo para notificarem os incidentes, e assim a alta gestão poderá trabalhar os incidentes de forma educativa.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Cultura de Segurança. Profissionais de Enfermagem.

SANCHIS, Desirée Zago. **Perception of Nursing professionals in relation to patient safety culture**. 2018. 117 p. Dissertation (Master of Public Health) – State University of Londrina, Londrina. 2018.

ABSTRACT

The culture of safety in health institutions is one in which each professional recognizes their responsibilities towards patient safety and seeks to contribute to an improvement in the quality of care. Organizations need unique cultures, with a fusion of values, beliefs and behaviors that determine how they work. **Objective:** To analyze the perception of nursing professionals about the dimensions of the patient's safety culture in highly complex institutions. **Methods:** It is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. The study population consisted of nurses, technicians and nursing assistants who worked in the direct assistance to the patient, in three institutions of high complexity. In order to evaluate the safety culture of the patient, the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) questionnaire of 2004 was used. The data collection took place between February and April 2017, through an individual approach. Descriptive analysis was performed using absolute and relative frequencies. The safety culture was evaluated using the percentages of positive responses for each dimension of the instrument used, from the calculation of the percentages were assigned categories, with the following classification: areas considered strengthened ($\geq 75.0\%$ positive responses), areas with potential for improvement ($<75.0\%$ to $> 50.0\%$) and weakened / weakened areas ($\leq 50.0\%$). In addition, we used association analysis, using Poisson regression with a Prevalence Ratio (PR) and 95% Confidence Interval (95% CI). To analyze the data, we used the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). **Results:** 587 individuals participated in the study, 42.8% were nurses and 57.2% were technicians or nursing assistants. The response rate reached 75.8% of the target population. Most of the respondents were female (88.4%), were between 20 and 39 years old (60.8%), had been in the institution for less than five years (57.8%) and had no other work link (79.2%). The dimensions characterized as weakened in the institutions were: "Hospital management support for patient safety" (48.5%), "Generalized perceptions about patient safety" (45.5%), "Transfers" (37.8%), "Teamwork among hospital units" (37.0%), "Openness to employees" (40.9%), "Adequacy of professionals" the communications "(29.5%) and "Non-punitive responses to errors" (18.8%). Regarding patient safety indicators, 52.5% of the professionals considered the safety of the patient to be excellent or very good, and 58.5% of the nurses did not report at least one adverse event in twelve months. As for factors associated with negative perception, professionals working in semicritical units of hospital 1 had a higher negative impact on the "openness to communications" dimension - PR: 1,246 (95% CI: 1.007 to 1.540, $p = 0.042$). For the "non-punitive responses to errors" dimension, participants from hospital 1 with more than six years of service evaluated more frequently when compared to participants less than six years old - RP: 1.076 (95% CI: 1.002- 1.155, $p = 0.043$). Still on the "non-punitive responses to errors"

dimension, professionals working in semicritical units evaluated more frequently when compared to those working in critical units - RP: 1,639 (95% CI: 1.282-2.096, $p < 0.001$) at hospital 2. As well as male professionals at the hospital 2 - PR: 1,538 (95% CI: 1,198-1,975, $p = 0.001$) and 3 - PR: 1,194 (95% CI 1.043-1.365, $p = 0.010$).

Conclusion: It is concluded that there is a need for the support of high hospital management in relation to the dissemination of patient safety culture, through programs to sensitize the professionals in the institutions, with incentive to create a just and non-punitive culture. With this, professionals will have the incentive to notify incidents, so top management can work on incidents in an educational way.

Key words: Patient Safety. Culture of Security. Nursing professionals.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo do queijo suíço de James Reason, 2000	19
Figura 2 - Fluxograma relacionado ao retorno de questionários segundo hospital e categoria profissional, Norte do Paraná, 2017	61
Figura 3 - Avaliação (notas) da cultura de segurança do paciente, segundo hospital e categoria profissional, Norte do Paraná, 2017.	66
Figura 4 - Distribuição percentual de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses (número de relatórios) segundo hospital e categoria profissional. Norte do Paraná, 2017	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais informações de estudos nacionais e internacionais que utilizaram o questionário HSPSC, 2018	27
Quadro 2 - Dimensões da cultura de segurança do paciente e respectivas questões do HSPSC	43
Quadro 3 - Indicadores da cultura de segurança do paciente que compõem o questionário HSPSC.	47
Quadro 4 - Síntese das variáveis do presente estudo, 2017.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e de trabalho segundo hospital e categoria profissional. Norte do Paraná, 2017	62
Tabela 2 - Frequência de respostas positivas das dimensões da cultura de segurança do paciente no âmbito da organização da unidade/setor, segundo hospital e categoria profissional. Norte do Paraná, 2017	64
Tabela 3 - Frequência de respostas positivas das dimensões da cultura de segurança do paciente no âmbito da organização hospitalar, segundo hospital e categoria profissional. Norte do Paraná, 2017	65
Tabela 4 - Frequência de respostas positivas relacionadas às variáveis de resultado, segundo hospital e categoria profissional. Norte do Paraná, 2017	65
Tabela 5 – Razão de prevalência bruta e ajustada de avaliação negativa sobre a dimensão "Percepções generalizadas sobre a segurança do paciente" segundo características demográficas e do trabalho nos hospitais 1, 2, e 3. Norte do Paraná, 2017	68
Tabela 6 - Razão de prevalência bruta e ajustada de avaliação negativa sobre a dimensão "Abertura para as comunicações" segundo características demográficas e do trabalho nos hospitais 1, 2 e 3. Norte do Paraná, 2017.....	70
Tabela 7 - Razão de prevalência bruta e ajustada de avaliação negativa sobre a dimensão "Respostas não punitivas aos erros" segundo características demográficas e do trabalho nos hospitais 1, 2 e 3. Norte do Paraná, 2017	72

LISTA DE SIGLAS

ACSNI – Advisory Committee on the Safety on Nuclear Installations
AHQR – Agency for Healthcare Research and Quality
Anvisa – Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
CC – Centro Cirúrgico
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
Cofen – Conselho Federal de Enfermagem
Enf – Enfermeiros
EUA – Estados Unidos da América
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
HSPSC – Hospital Survey on Patient Safety Culture
IC – Intervalo de Confiança
IOM – Institute of Medicine
IRAS – Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde
JCI – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
Lilacs – Literatura Latino Americana do Caribe em Ciências da Saúde
NAS – Nursing Activities Score
Notivisa – Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária
NPSA – National Patient Agency
NQF – National Quality Forum
NSP – Núcleo de Segurança do Paciente
OAC – Organização de Alta Confiabilidade
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP – Plano de Segurança do Paciente
RDC – Resolução da Diretoria do Colegiado
REBRAENSP – Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RIENSP – Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente
RP – Razão de Prevalência
SAMU – Serviço de Atendimento Médico à Urgência
SAQ – Safety Attitudes Survey

Scielo – Scientific Eletronic Library Online

Siate – Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência

SNVS – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Téc/Aux – Técnicos/Auxiliares de enfermagem

USP – Universidade de São Paulo

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Vigipós – Vigilância de Eventos Adversos e de Queixas Técnicas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	Cultura de segurança do paciente	22
1.2	Estudos sobre cultura de segurança do paciente	24
2	JUSTIFICATIVA	36
3	OBJETIVOS	37
3.1	Objetivo geral	37
3.2	Objetivos específicos	37
4	MÉTODOS	38
4.1	Delineamento da pesquisa	38
4.2	População de estudo	38
4.3	Local de estudo	38
4.4	Questionário de coleta de dados	40
4.5	Operacionalização da coleta de dados	48
4.6	Pré-teste do questionário	48
4.7	Coleta de dados	49
4.8	Variáveis e categorias utilizadas no presente estudo	49
4.9	Análise dos dados	58
4.10	Aspectos éticos	59
5	RESULTADOS	61
6	DISCUSSÃO	74
6.1	Características sociodemográficas e de trabalho	74
6.2	Avaliação da cultura de segurança	76
6.3	Fatores associados à percepção negativa de segurança do paciente	84
6.4	Aspectos metodológicos	86
7	CONCLUSÃO	87
8	REFERÊNCIAS	89
	ANEXOS	99
	ANEXO A - Autorização Para Utilização Do Questionário	100
	ANEXO B - Instrumento Para Coleta De Dados	101
	ANEXO C - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	110
	APÊNDICES	113

APÊNDICE A - Termo De Compromisso De Utilização De Dados.....	114
APÊNDICE B - Solicitação Para Aplicação Do Questionário Na Instituição De Escolha.....	115
APÊNCIDE C - Carta de Apresentação ao CEP	116
APÊNCIDE D – Termo de Consentimento	117

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente pode ser considerada como um grave problema de saúde pública, vista como um componente crítico do cuidado em saúde, e pode ser vislumbrada como um ponto forte para a melhoria da qualidade da assistência. Além disso, pode ser considerada como um problema inerente ao avanço tecnológico e algumas figuras tiveram papel importante na história da qualidade da assistência e conseqüentemente da segurança do paciente para melhoria do cuidado em saúde.

Em meados do século XIX, durante a guerra da Criméia a enfermeira Florence Nightingale percebeu que muitos soldados estavam evoluindo a óbito devido às complicações relacionadas às infecções cruzadas adquiridas nas instituições hospitalares, e com base nisso implementou ações para a prevenção de infecções, o que levou a redução da taxa de mortalidade e dos óbitos evitáveis (LOPES; SANTOS, 2010).

Na segunda metade do século XX, a partir das publicações realizadas por Donabedian (1980), iniciaram-se as discussões sobre a avaliação da qualidade do cuidado em saúde por meio da tríade: “estrutura, processo e resultado”. A “estrutura” refere-se à estrutura física e a forma como os serviços são organizados, desde recursos humanos e tecnológicos; o “processo” refere-se à forma como se dá o cuidado ao paciente; e o “resultado” relaciona-se ao impacto dos processos sobre o paciente e as instituições.

Ainda no século XX, o *Institute of Medicine* (IOM) define qualidade da assistência em saúde como o grau em que os serviços aumentam a probabilidade de resultados considerados favoráveis para o paciente e consiste no desenvolvimento crescente de profissionais, para que assim diminuam as possibilidades de resultados considerados desfavoráveis (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A preocupação com a qualidade da assistência e conseqüentemente com a segurança do paciente assumiu um espaço privilegiado na história da saúde e tem sido considerada como uma barreira superável em busca da melhoria do cuidado.

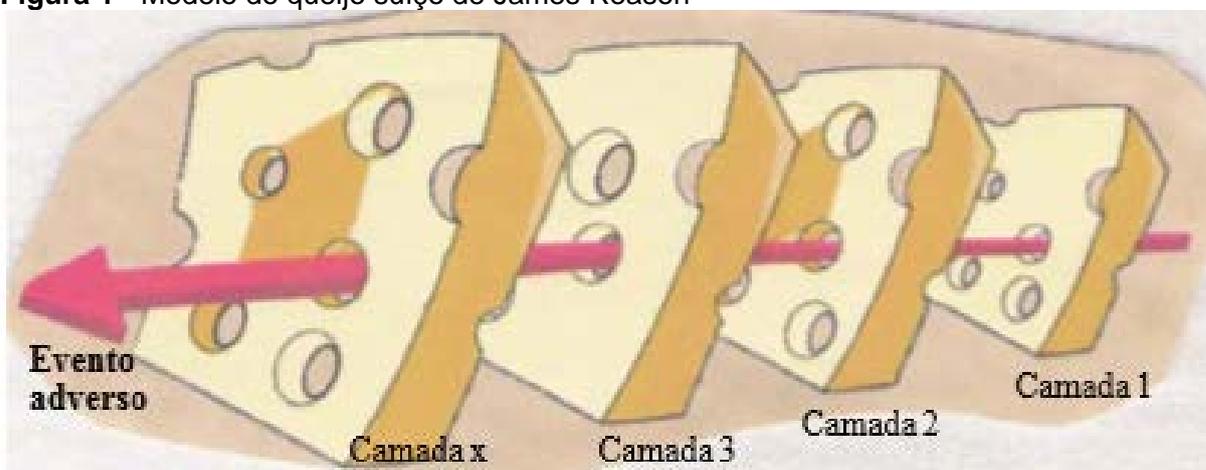
Deste modo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o termo segurança do paciente como a redução de riscos de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável. Os danos

desnecessários podem ser caracterizados como incidentes, considerados circunstâncias que podem ou não resultar em um dano, e quando este dano ocorre caracteriza-se como evento adverso (WHO, 2009).

Os incidentes possuem como principal fator responsável os problemas relacionados ao sistema, na premissa de não culpabilizar o indivíduo de modo isolado. A premissa é que os seres humanos cometem falhas e, portanto, erros são esperados, são consequências e não causas, pois, embora não possamos mudar a condição humana, as condições sobre as quais os seres humanos trabalham podem ser modificadas (REASON, 2000).

Com intuito de criar um sistema que evite que os erros causem danos aos pacientes, Reason (2000) definiu o modelo do queijo suíço (Figura 1), e aborda que os sistemas possuem “camadas” defensivas, algumas são projetadas pelo sistema, outras dependem dos profissionais e outras de procedimentos e controle administrativo, estas “camadas” são construídas para proteger os pacientes a não sofrerem danos desnecessários. No entanto, estas camadas possuem fraquezas ou “buracos” que surgem por dois motivos conhecidos, como falhas ativas (atos inseguros cometidos pelos profissionais) e condições latentes (consideradas inevitáveis dentro de um sistema), e quando estes “buracos” se alinham o dano irá atingir o paciente. Em um sistema ideal cada “camada” ou “barreira” deveria servir de defesa ao paciente e estas defesas podem ser consideradas como capacitação profissional, criação de um sistema de notificação de incidentes e consequentemente um sistema com uma cultura de segurança justa e não punitiva.

Figura 1 - Modelo do queijo suíço de James Reason



Fonte: Reason, 2000.

No entanto, ao redor do mundo, diversos pacientes sofrem com os danos decorrentes do cuidado inseguro, conforme estimativas de um estudo realizado pela Universidade de Harvard, nos Estados Unidos da América (EUA), a inexistência do cuidado seguro causou mais de 40 milhões de incidentes por ano em todo mundo (JHA et al., 2013).

Esta preocupação relevante e contemporânea ganhou forças a partir da publicação do estudo intitulado “*Havard Medical Practice Study*”, que gerou o relatório denominado “*To Err is Human*”, publicado em 1999, pelo IOM nos EUA. O estudo demonstrou algumas necessidades como o fortalecimento de uma cultura de segurança em termos organizacionais, melhoria dos sistemas de qualidade nas organizações de saúde e chamou a atenção para a magnitude do problema que provoca cerca de 100.000 mortes a cada ano em consequência de eventos adversos decorrentes da prestação inadequada de cuidados em instituições de saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Em função da importância dessa temática, no ano de 2004, a OMS criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, renomeada em 2009 como Segurança do Paciente, compreendida como um passo significativo na busca de melhorias para a segurança no cuidado à saúde. Entre os desdobramentos deste programa, foi a criação das seis metas em prol do cuidado centrado no paciente, por meio do gerenciamento de programas na esfera internacional com foco no cuidado seguro, influenciada pelas metas de segurança do paciente da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCI) (WHO, 2004).

As seis metas incluem a correta identificação dos pacientes; melhoria da comunicação efetiva; melhoria da segurança no uso, prescrição e administração dos medicamentos; garantia da cirurgia segura; redução do risco de infecções associadas à assistência à saúde e a redução do risco de lesões e quedas (NORONHA; COSTA JUNIOR; SOUSA, 2014).

O Brasil também apresenta uma situação preocupante quanto à segurança do paciente. Segundo o relatório publicado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), no período de janeiro de 2014 a março de 2018, foram notificados 169.426 incidentes, destes, 17.652 (10,4%) ocorreram no estado do Paraná, 17.295

(98,0%) em instituições hospitalares e 109 (0,62%) levaram ao óbito (BRASIL, 2018).

Desde a década de 1990 o Brasil vem desenvolvendo ações de melhoria do cuidado em saúde, por meio da implantação de processos de acreditação hospitalar e da criação da Anvisa (SOUZA, 2014). Para a OMS, a partir de 1989, a acreditação passou a ser elemento estratégico para o desenvolvimento da qualidade da assistência na América Latina. No ano de 1990 foi realizado um pacto com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Federação Latino Americana de Hospitais e o Ministério da Saúde, os quais elaboraram o manual de padrões de acreditação para a América Latina e assim foi iniciado o processo de acreditação no Brasil (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

No ano de 2001 foi implementado pela Anvisa a estratégia chamada Rede Sentinela, que tem como objetivo a obtenção de informações sobre falhas ou ocorrências relacionadas ao desempenho de produtos de saúde de forma segura. Esta iniciativa foi motivada pela ausência de notificações de ocorrências de falhas pelos profissionais por meio da notificação no sistema de Vigilância de Eventos Adversos e de Queixas Técnicas (Vigipós). Para compor a rede, inicialmente foram selecionados hospitais de ensino e/ou de alta complexidade e, a partir da portaria nº 523 de 4 de abril de 2012, buscou-se a ampliação das instituições participantes da Rede de forma facultativa, com isto tornou-se possível capacitar os diversos profissionais e articular áreas como farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância (BRASIL, 2017).

Deste modo, algumas ações foram criadas para o cuidado seguro, entre elas destaca-se a promoção e prevenção de infecções relacionadas à assistência, além da segurança nos procedimentos cirúrgicos em serviços de saúde (BRASIL, 2013a). Desde então, inúmeras iniciativas foram criadas para incentivo ao cuidado seguro aos pacientes relacionadas às práticas, como protocolos, normatizações, regulamentações e resoluções com intuito de melhorar a qualidade da assistência, preconizadas pelos Desafios Globais (BRASIL, 2013b; 2013c; 2011; 2012).

Como marco no Brasil, também foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da portaria nº 529 publicada em 1º de abril de 2013, com o propósito de qualificar os cuidados nos estabelecimentos de saúde,

mediante a monitorização e prevenção de incidentes relacionados na assistência à saúde (BRASIL, 2013d).

Após, veio a criação da Resolução da Diretoria do Colegiado (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para segurança do paciente nos serviços de saúde para melhoria da qualidade, e também determina a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), com a responsabilidade de executar ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP), que deve ser elaborado em cada núcleo, com o intuito de estabelecer ações para gestão de riscos (BRASIL, 2013e). Além destes requisitos, deve ser estabelecido o monitoramento e notificações dos eventos adversos ocorridos nos estabelecimentos de serviços de saúde, por meio da ferramenta nacional chamada Notivisa – Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária, com o intuito de promover ações de proteção à saúde pública (BRASIL, 2014).

Entre as diversas iniciativas mencionadas acima, destaca-se a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP), criada em novembro de 2005, em Concepción no Chile, a partir de reuniões promovidas pela OPAS. Entre as prioridades analisadas para o desenvolvimento da enfermagem encontra-se o tema segurança do paciente. Em decorrência disso formou-se a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), considerada uma estratégia de articulação e de cooperação técnica entre instituições diretas e indiretamente ligadas à saúde e educação de profissionais de saúde, com o objetivo de fortalecer a assistência segura e de qualidade (REBRAENSP, 2009).

Em todo o Brasil, a REBRAENSP articula-se em polos estaduais distribuídos em núcleos regionalizados. O núcleo Londrina-PR foi constituído no dia 17 de dezembro de 2015, composto por alguns hospitais da 17ª Regional de Saúde, agrupados com o intuito de implementar e desenvolver os objetivos propostos pela rede, dentre eles a cultura de segurança do paciente, como mencionado no PNSP.

1.1 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A cultura de segurança do paciente é um instrumento importante da estrutura dos serviços que favorecem a implantação de práticas seguras e conseqüentemente a mitigação dos eventos adversos (ANDRADE et al., 2018). O termo cultura de

segurança foi conceituado pela primeira vez no relatório técnico sobre o acidente na usina nuclear de Chernobyl na Ucrânia, na década de 1980 (SILVA, 2003).

A cultura de segurança do paciente foi definida pelo *Advisory Committee on the Safety on Nuclear Installations* (ACSNI), (ACSNI,1993), como:

[...] produto dos valores individuais e do grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o comprometimento, o estilo e competência da gestão da saúde de segurança de uma organização. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações baseadas na confiança mútua, por percepções compartilhadas sobre a importância da segurança e pela confiança na eficácia nas medidas preventivas.

Para a National Patient Safety Agency (NPSA) (2006), a cultura de segurança pode ser conceituada como aquela em que cada pessoa reconhece suas responsabilidades frente à segurança do paciente e que os profissionais trabalham para a melhoria do cuidado em que estão inseridos. E ainda destaca que as organizações possuem culturas únicas, com fusão de valores, de crenças e comportamentos que determinam seu funcionamento.

Algumas organizações são conhecidas por gerenciarem com eficiência os processos de trabalho considerados complexos e perigosos, e possuem como ação prioritária a diminuição dos riscos de incidentes e mitigação de eventos adversos, como as Organizações de Alta Confiabilidade (OAC) (REIS, 2014).

Estas organizações consideram que os trabalhadores possuem consciência de que mesmo as pequenas falhas podem levar a resultados catastróficos. Estes trabalhadores estão sempre à procura de indícios de que o ambiente ou um processo em que estão inseridos tenha sido alterado de modo a trazer alguma falha caso alguma ação de segurança não seja tomada para resolução do problema. Esta metodologia contínua permite que as OAC identifiquem problemas de segurança ou de qualidade em um estágio em que são facilmente corrigidos (CHASSIN; LOEB, 2011).

Cotidianamente observa-se o interesse e o empenho de agências e organizações internacionais na procura de soluções para elevação do nível de segurança para os pacientes, para a melhora da qualidade do cuidado e desenvolvimento de métodos confiáveis que irão determinar o tipo e a natureza da cultura de segurança nas instituições de saúde. Deste modo, a avaliação da cultura

de segurança é exigida por organizações internacionais de acreditação hospitalar e permite identificar e gerir as questões relacionadas à segurança do paciente, a fim de monitorar mudanças e resultados relacionados a temática (REIS, 2014).

Por meio da avaliação da cultura de segurança nas organizações pode-se ter acesso às informações das percepções dos profissionais relacionados à segurança do paciente em diferentes arranjos organizacionais, por meio da identificação de áreas fragilizadas, para que assim se possa realizar o planejamento e implementação de intervenções para melhoria da qualidade.

1.2 ESTUDOS SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Os estudos com foco na cultura organizacional tiveram seu auge na década de 1980, vinculados à teoria das organizações, às análises administrativas e ao cotidiano das empresas. Esses estudos passaram a ser conhecidos por acreditarem que os aspectos culturais são imprescindíveis em qualquer tipo de análise e prática organizacional (FREITAS, 1997).

Em uma organização, a cultura de segurança pode apresentar-se em graus diversos de maturidade e progressão, são descritos cinco estágios, a saber, “cultura patológica”, quando não há ações na área de segurança, sendo os erros causados pelos trabalhadores; “cultura reativa”, quando as ações de segurança são realizadas após a ocorrência de incidentes; “cultura calculada”, quando as ações para segurança são verticalizadas, mais voltadas para quantificação dos riscos; “cultura proativa”, quando há participação de um elevado número de profissionais envolvidos na procura de antecipar os problemas antes que aconteçam; e por fim, a “cultura construtiva”, quando existe a participação de todos os níveis organizacionais com intuito de melhoria (HUDSON, 2001). Deste modo, torna-se importante a avaliação da cultura de segurança do paciente nas instituições por meio da percepção dos profissionais.

Com o intuito de avaliar a cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde, foram criados dois instrumentos, “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente” (*Hospital Survey on Patient Safety Culture - HSPSC*), da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHQR), publicado no ano de 2004 e o “Questionário de Clima de Segurança” (*Safety Attitudes Survey – SAQ*), publicado

em 2006 (SORRA; NIEVA, 2004; SEXTON et al., 2006). Estes instrumentos têm sido amplamente utilizados ao redor do mundo para mensuração da cultura de segurança do paciente segundo o ponto de vista dos profissionais, tendo como propósito auxiliar os gestores e trabalhadores das instituições de saúde a identificar soluções ou barreiras para evitar danos durante o cuidado ao paciente (AHQR, 2004).

Diante disso, com o objetivo de identificar os estudos relacionados à aplicação dos referidos questionários, realizou-se uma busca nas bases de dados Pubmed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), sem a utilização de filtros para o ano de publicação. A primeira busca foi realizada em junho 2017 e atualizada em abril de 2018, com os seguintes descritores: cultura, cultura organizacional, clima, conhecimentos, atitudes, prática em saúde, percepção, paciente, segurança do paciente, serviços de saúde, hospital, profissionais de saúde.

Foram identificados 49 artigos científicos que pesquisaram a cultura de segurança do paciente por meio de um destes instrumentos, sendo a maioria internacionais (67,3%).

Dos 33 estudos internacionais, 14 (42,4%) utilizaram o “Questionário de Clima de Segurança - SAQ” (ELSOUS et al., 2017; ZHANG et al., 2017; QUILLIVAN et al., 2017; BIDDISON et al., 2016; BRASAIT et al., 2016; GALLEGO et al., 2016; PROFIT et al., 2015; GABRANI et al., 2015; GEHRING et al., 2015; KRISTENSEN et al., 2015; NGUYEN et al., 2015; BIRKMEYER et al., 2013; LISTYOWARDOJO; NAP; JOHNSON, 2011; HUTCHINSON et al., 2006) e 19 (57,6%) utilizaram o questionário “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente - HSPSC” (Quadro 1).

Entre os 16 estudos desenvolvidos no Brasil, seis (37,5%) utilizaram o questionário HSPSC (Quadro 1) e nove (56,3%) aplicaram o questionário SAQ (TONDO; GUIRARDELLO, 2017; KOLANKIEWICZ et al., 2017; TOSO et al., 2016; SILVA et al., 2016; FERMO et al., 2016; FERMO et al., 2015; CARVALHO et al., 2015; LUIZ et al., 2015; RIGOBELLO et al., 2012) e um (6,2%) utilizou os dois questionários (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

O quadro 1 sintetiza informações das 25 pesquisas nacionais e internacionais que utilizaram o HSPSC.

Quanto ao local pesquisado nos estudos internacionais, 15 (79,0%) foram aplicados em hospitais como um todo e quatro (21,0%) foram aplicados em

unidades de internação específicas. Relacionado aos estudos nacionais, dois (33,3%) foram aplicados em hospitais como um todo e quatro (66,7%) foram aplicados em unidades de internação específicas.

Sobre à população investigada nos estudos internacionais, em onze (57,9%) foram todos os profissionais de saúde que atuavam nos serviços de escolha para aplicação do questionário, como: equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), médicos, psicólogos, odontólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, dentre outros. Em menor frequência (36,8%) foram pesquisados, os profissionais de enfermagem em diferentes composições e um (5,3%), somente com médicos.

Para os estudos nacionais, dois (33,3%) tiveram como população de estudo os profissionais de saúde que atuavam no serviço de escolha para aplicação do questionário, como a equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), médicos, psicólogos, odontólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, dentre outros e quatro (66,7%) envolveram os profissionais de enfermagem em diferentes composições.

De forma geral, a maioria dos estudos internacionais identificou uma cultura de segurança do paciente com potencial de melhoria, o que difere dos estudos nacionais, pois grande parte apresentou uma cultura de segurança classificada como fragilizada.

Quadro 1 - Principais informações de estudos nacionais e internacionais que utilizaram o questionário HSPSC, 2018

Referência	Município/ estado/país	Serviço de saúde/unidade	População de estudo	Principais resultados
Estudos Internacionais				
RIBELIENE et al., 2018	Lituânia/Europa	Unidade de Gineco-obstetrícia e neonatologia	233 (enfermeiras e parteiras)	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 53,9% (cultura com potencial de melhoria). Percentual de respostas positivas nas dimensões do nível de unidade variou de 33,5% a 73,2% (cultura fragilizada a potencial para melhoria) e nas dimensões hospitalares de 41,4% para 56,8% (cultura fragilizada a potencial para melhoria) Classificação geral da segurança: 79,0% muito boa ou excelente
FARZI et al., 2017	Isfahan/Irã	Uma unidade de terapia intensiva	367 enfermeiros	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 62,2% (cultura com potencial de melhoria). Classificação geral da segurança: 59,7% regular. Notificação de eventos adversos: 62,7% 1 a 2 eventos adversos
PIMENTEL et al., 2017	Boston/EUA	Dois centros cirúrgicos	527 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, e serviço de apoio)	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 67,0% (cultura com potencial de melhoria).

Quadro 1 - (Continuação)

Referência	Município/ estado/país	Serviço de saúde/unidade	População de estudo	Principais resultados
Estudos Internacionais				
GUPTA; GULERIA; ARORA, 2016	Delhi/Índia	Dois hospitais	170 médicos	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 55,0% (cultura com potencial de melhoria). Classificação geral da segurança: 57% muito boa Notificação de eventos adversos: maioria não notificavam. Não houve diferença estatística na cultura de segurança entre os dois hospitais.
AMMOURI et al., 2015	Omã/Mascate/ Arábia Saudita	Quatro hospitais	414 enfermeiros	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 54,2% (cultura com potencial de melhoria). Os enfermeiros que tinham mais anos de experiência e estavam trabalhando em hospitais de ensino tinham melhor percepção da cultura de segurança do paciente.
KHATER et al., 2015	Amã/Jordânia	21 hospitais	797 enfermeiros	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 52,9% (cultura com potencial de melhoria). Fatores que influenciam na cultura de segurança do paciente: idade, total de anos de experiência, horas semanais de trabalho, tipo de hospital, uso de práticas baseadas em evidências e trabalho em hospitais que consideram a segurança do paciente uma prioridade.

Quadro 1 - (Continuação)

Referência	Município/ estado/país	Serviço de saúde/unidade	População de estudo	Principais resultados
Estudos Internacionais				
AL-MANDHARI et al., 2014	Omã/Mascate/Arábia Saudita	Cinco hospitais	390 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, farmacêuticos, outros)	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 58,0% (cultura com potencial de melhoria).
EL-JARDALI et al., 2014	Riad/Arábia Saudita	Dois hospitais	2572 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, farmacêuticos, técnicos de laboratório, outros)	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 57,9% (cultura com potencial de melhoria). Classificação geral da segurança do paciente: 49,0% muito boa. Notificação de eventos adversos: 52,7% não notificaram nenhum evento adverso.
GAMA; OLIVEIRA; HERNÁNDEZ, 2013	Murcia/Espanha	Oito hospitais	3141 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, farmacêuticos, outros).	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 48,2% (cultura fragilizada).
CASTAÑEDA- HIDALGO et al., 2013	Tampico/Tamaulipas/ México	Um hospital	472 enfermeiros	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 54,5% (cultura com potencial de melhoria). Notificação de eventos adversos: 80% nenhum evento adverso.

Quadro 1 - (Continuação)

Referência	Município/ estado/ país	Serviço de saúde/unidade	População de estudo	Principais resultados
Estudos Internacionais				
LIU et al., 2013	Pequim/China	Dois ambulatórios	318 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, administração, outros)	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 51,1% (cultura com potencial de melhoria). Classificação geral da segurança do paciente: maioria classificou como regular. Notificação de eventos adversos: 67,4% nenhum evento adverso.
NIE et al., 2013	China	32 hospitais de 15 cidades	1160 enfermeiros e médicos	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 64,5% (cultura com potencial de melhoria). Classificação geral da segurança do paciente: 56,0% muito boa. Houve diferença estatística na percepção da cultura de segurança do paciente em grupos de diferentes unidades de trabalho, cargos e níveis de qualificação.
POZO; PADILLA, 2013	Antequera/Málaga/ Espanha	Um hospital	176 enfermeiros e médicos	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 60,5% (cultura com potencial de melhoria). Classificação geral da segurança do paciente: 50,0% muito bom
BAGNASCO et al., 2011	Norte da Itália	21 hospitais	724 profissionais de saúde (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos de enfermagem)	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 51,0% (cultura com potencial de melhoria).

Quadro 1 - (Continuação)

Referência	Município/ estado/ país	Serviço de saúde/unidade	População de estudo	Principais resultados
Estudos Internacionais				
SKODOVÁ; VELASCO; FERNÁNDEZ, 2011	Granada/Espanha	Um hospital	299 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, outros)	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 29,9% (cultura fragilizada). Classificação geral da segurança do paciente: maioria excelente/muito boa. Notificação de eventos adversos: 90,2% nenhum evento adverso Observou-se correlação positiva (coeficiente de Pearson) entre a percepção de SP e os anos em que os profissionais atuam na especialidade (0,21), hospital (0,197) e serviço (0,138) respectivamente (todos $p < 0,05$).
ALAHMADI, 2010	Riad/Arábia Saudita	13 hospitais	1224 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, outros)	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 61,2% (cultura com potencial de melhoria). Classificação geral da segurança do paciente: 60% excelente/muito boa. Notificação de eventos adversos: 43,0% nenhum evento adverso.
CHEN; LI, 2010	Taiwan/ Republica da China	42 hospitais	788 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e administradores)	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 64,0% (cultura com potencial de melhoria).

Quadro 1 - (Continuação)

Referência	Município/ estado/ país	Serviço de saúde/unidade	População de estudo	Principais resultados
Estudos Internacionais				
AL-AHMADI, 2009	Riad/Arábia Saudita	13 hospitais	1224 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e outros)	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 60% (cultura com potencial de melhoria). Classificação geral da segurança do paciente: 40% muito boa. Notificação de eventos adversos: a maioria não notificou nenhum evento adverso.
SATURNO et al., 2008	Madri/Espanha	24 hospitais	2503 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, farmacêuticos, outros)	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 48,0% (cultura fragilizada). Classificação geral da segurança do paciente: 50,0% muito boa Notificação de eventos adversos: 95% 1 a 2 eventos adversos.
Estudos Nacionais				
ANDRADE et al., 2018	Rio Grande do Norte/ Brasil	Três hospitais	1576 profissionais de saúde (médicos, equipe de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos).	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 48,5% (cultura fragilizada). O tipo de gestão hospitalar, unidade de serviço, cargo e quantidade de notificação de eventos adversos estiveram associados à nota geral da segurança do paciente ($p < 0,001$). Classificação geral da segurança: 55,8% como excelente/muito boa.

Quadro 1 - (Continuação)

Referência	Município/ estado/ país	Serviço de saúde/unidade	População de estudo	Principais resultados
Estudos Nacionais				
MACEDO et al., 2016	Florianópolis/Santa Catarina/Brasil	Três unidades de emergência pediátrica	91 (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem)	Percentual geral (total as dimensões) de respostas positivas foi 40,2% (cultura fragilizada) Classificação geral da segurança: 43,0% excelente/muito boa. Notificações de eventos adversos: 45% não notificaram
MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016	Sul do Brasil/Brasil	Uma unidade de terapia intensiva	71 profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem, médicos e fisioterapeuta)	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 29,2% (cultura fragilizada) Classificação geral da segurança: 51,9% regular. Notificações de eventos adversos: 34,5% 1 a 2 eventos adversos notificados
TOMAZONI et al., 2015	Florianópolis/Santa Catarina/Brasil	Quatro unidades de terapia intensiva	181 (enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e médicos)	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 42,6% (cultura fragilizada). Classificação geral da segurança: 45,0% regular. Notificação de eventos adversos: 33,0% não notificam nenhum evento adverso.

Quadro 1 - (Continuação)

Referência	Município/ estado/ país	Serviço de saúde/unidade	População de estudo	Principais resultados
Estudos Nacionais				
SILVA- BATALHA; MELLEIRO, 2015	Ribeirão Preto/São Paulo/Brasil	Um hospital	435 (Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem)	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi caracterizada com potencial de melhoria. Houve diferenças significativas entre as unidades, destacando-se as unidades pediátricas que tiveram melhores percepções de segurança (média: 3,43 e mediana: 3,44). Classificação geral da segurança: 47,6% muito boa.
TOMAZONI et al., 2014	Florianópolis/Santa Catarina/Brasil	Quatro unidades de terapia intensiva	181 (enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e médicos)	Percentual geral (todas as dimensões) de respostas positivas foi 43,0% (cultura fragilizada). Classificação geral da segurança: 24,0% muito boa. Notificação de eventos adversos: 33,0% 1 a 2 eventos notificados.

Deste modo, torna-se importante a realização de pesquisas que abordem a cultura de segurança do paciente em todas as unidades hospitalares que envolvam uma instituição, pois estas possuem seus produtos e valores individuais, que consolidam a segurança do paciente em uma organização de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Avaliar a cultura de segurança do paciente é importante para a extração de informações relacionadas às instituições hospitalares, realizando um diagnóstico situacional, e com isso disponibilizar meios para estabelecer ações de melhoria/fortalecimento de uma cultura de segurança justa e não punitiva.

Deste modo, o estudo avançará na avaliação relacionada a três hospitais de alta complexidade, diferenciado em suas particularidades de atendimento, com possibilidade de conhecer a percepção existente em cada hospital e em suas áreas críticas e não críticas, diversificadas por percepções distintas dos profissionais da equipe de enfermagem que prestam assistência direta ao paciente.

Sendo assim, o estudo apresenta como pergunta central: Qual a percepção de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente em três hospitais de alta complexidade?

Diante da revisão de literatura pôde-se notar a necessidade de maior desenvolvimento desta temática no Brasil, devido ao impacto gerado na qualidade da assistência aos pacientes, diante da complexidade dos cuidados e das diversas características das organizações de saúde. Estudos adicionais são importantes para uma abordagem mais aprofundada para criação e/ou diferenciação da cultura de segurança do paciente nas instituições hospitalares.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a percepção de profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente em instituições de alta complexidade em município de grande porte do norte do Paraná.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população de estudo segundo variáveis sociodemográficas e de trabalho;
- Comparar as percepções sobre a cultura de segurança do paciente entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem em três hospitais de alta complexidade;
- Identificar fatores sociodemográficos e de trabalho associados à percepção negativa das dimensões: percepções generalizadas sobre a segurança do paciente, abertura para as comunicações, respostas não punitivas aos erros.

4 MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de caráter quantitativo.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi constituída por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem pertencentes ao quadro de trabalhadores de três instituições de alta complexidade, alocados nas clínicas médicas e cirúrgicas, centros cirúrgicos, clínicas pediátricas, unidades de terapia intensiva (neonatal, pediátrica e de adultos), e unidades de pronto socorro (adulto e infantil). Estes profissionais totalizam 587 participantes, 242 enfermeiros, 251 técnicos de enfermagem e 94 auxiliares de enfermagem. Para maior abrangência da pesquisa, optou-se por não realizar cálculo amostral, mas sim convidar todos os profissionais referidos para participar do estudo.

Adotou-se como critérios de inclusão: profissionais com carga horária semanal de trabalho na instituição de pelo menos 20 horas, que estavam presentes em um dos turnos de trabalho no momento da coleta de dados, que atuavam há mais de seis meses na instituição e que realizavam contato direto com o paciente. Foram excluídos os estudantes de graduação por estarem em processo de formação. Consideram-se perdas os profissionais que estavam em férias ou licenças/afastamento do trabalho no período de coleta de dados e os que recusaram participar do estudo.

4.3 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em três instituições de alta complexidade. As instituições estão localizadas em um município do norte do Paraná, com população total de 548.240 mil habitantes (BRASIL, 2015).

As três instituições hospitalares realizam procedimentos de média e alta complexidade nas áreas de pediatria, cardiologia, nefrologia, neurologia e ortopedia,

atendimentos de urgência e emergência, realização de transplantes, dispõem de Unidades de Terapia Intensiva adulto, neonatal e pediátrica, totalizando 331 leitos. Duas das três unidades são credenciadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O Hospital 1, fundado em 1944, tem natureza filantrópica, conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), é composto por 191 leitos de internação, com média de 15 internações/dia. Está equipado com um centro cirúrgico com 8 salas, onde são realizadas cerca de 20 cirurgias/dia (de média a alta a complexidade). O serviço de terapia intensiva é composto por quatro unidades, totalizando 36 leitos para adultos. Dispõe também de serviço ambulatorial com mais de 36 especialidades como: cardiologia e cirurgia cardíaca, cirurgia bariátrica, cirurgia plástica, cirurgia vascular, gastroenterologia, neurocirurgia e neurologia, ortopedia, cirurgia geral, proctologia, entre outras. Oferta também serviço de diagnóstico, análises clínicas e exames de imagens. Ainda conta com serviço de oxigenoterapia hiperbárica, nutrição e dietética, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia e farmácia clínica. O serviço de atenção ao trauma e emergência atende nas 24 horas cuja demanda é provinda do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (Siate) e pelo Serviço de Atendimento Médico à Urgência (SAMU). A estrutura organizacional da equipe de enfermagem é composta por um (a) gerente multiprofissional e um (a) coordenador (a) geral de enfermagem, que respondem pelo serviço de enfermagem das três instituições de alta complexidade. O serviço de supervisão no hospital 1 é composto por quatro enfermeiros (as) supervisoras (as), cujas áreas estão assim subdivididas: unidades de internação clínica e cirúrgica, unidades de terapia intensiva, emergência e centro cirúrgico. Encontram-se sob responsabilidade destes supervisores 343 profissionais de enfermagem, sendo 141 enfermeiros e 202 técnicos e auxiliares de enfermagem.

O Hospital 2, incorporado à instituição em 1995, também de caráter filantrópico, realiza atendimento exclusivo de pediatria e neonatologia (0 a 12 anos 11 meses e 29 dias). É conveniado ao SUS, tem 76 leitos e realiza, em média, sete internações/dia. Dispõe dos serviços de nutrição e dietética, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia, farmácia clínica e de diagnóstico (análises clínicas e exames de imagens). Tem duas unidades de terapia intensiva, neonatal e pediátrica, ambas com 10 leitos cada uma. O centro cirúrgico dispõe de duas salas, com aproximadamente seis cirurgias/dia, variando de média a

alta complexidade, referência em cirurgias de cardiopatia congênita. O serviço de atenção ao trauma e emergência atende nas 24 horas, e a demanda é provida do Siate e pelo SAMU. O serviço de enfermagem do hospital 2 é coordenado por um (a) enfermeiro (a), que tem sob a sua coordenação 113 profissionais, sendo 53 enfermeiros em unidades de internação e pronto-socorro, 60 técnicos e auxiliares de enfermagem e um (a) enfermeiro (a) supervisor (a) no centro cirúrgico.

O Hospital 3, incorporado à instituição em 1996, oferece atendimento a pacientes conveniados e particulares. É composto por 65 leitos de internação e realiza em média 15 internações/dia. Conta com os serviços de nutrição e dietética, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia, farmácia clínica, serviço diagnóstico (análises clínicas e exames de imagens) e pronto atendimento, nas 24 horas. Possui uma Unidade de terapia Intensiva (UTI) para adultos com 12 leitos. Dispõe de um centro cirúrgico estruturado com quatro salas, com média de 14 cirurgias/dia, sendo destacado pelos atendimentos de cirurgia oftalmológica e urológica. Conta ainda com um centro de transplantes, com quatro leitos exclusivos para esta demanda. A equipe de enfermagem do hospital 3 é coordenado por um (a) enfermeiro (a), que tem sob a sua coordenação 131 profissionais, sendo 48 enfermeiros em unidades de internação e pronto-socorro, 83 técnicos e auxiliares de enfermagem e um (a) enfermeiro (a) supervisor (a) no centro cirúrgico

As três unidades hospitalares contam com atividades de ensino em parceria com cursos de enfermagem e medicina, serviços de residência médica e multiprofissional.

4.4 QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado o questionário autorrespondido intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC), que foi desenvolvido pela AHRQ dos EUA, no ano de 2004. A criação deste questionário objetivou apoiar instituições hospitalares na avaliação de suas culturas organizacionais, enfatizar a importância da segurança do paciente e facilitar a implantação das atividades voltadas para essa finalidade. Este questionário se configura como uma ferramenta completa para ser aplicado em unidades/setores hospitalares. Foi construído por duas pesquisadoras, pautadas em

uma extensa revisão de literatura nas áreas de gerenciamento da segurança e prevenção de acidentes, cultura organizacional e instrumentos para avaliar o clima de segurança, erros em serviços de saúde, notificação dos eventos adversos e segurança do paciente (SORRA; NEIVA, 2004).

O questionário possibilita mensurar as dimensões da cultura de segurança do paciente, por meio da percepção dos respondentes de forma individual e por unidade hospitalar, de modo que propicia a avaliação do microclima institucional utilizando os itens relacionados à cultura de segurança do paciente, como crenças, valores, comunicação, apoio da gestão, e notificação de eventos adversos. Além de oportunizar a identificação de áreas que necessitam de melhorias e avaliação de ações implementadas (SORRA; NEIVA, 2004).

O presente questionário foi traduzido e validado no Brasil por Reis (2013) e encontra-se disponível em formato eletrônico (<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002442leoxaL.pdf>), motivos que reforçaram a sua escolha para este estudo. Em outubro de 2016 a autora foi consultada por e-mail para solicitação de permissão de utilização do referido questionário. A autora respondeu de forma positiva, via e-mail (ANEXO A).

O questionário HSPSC (ANEXO B) está subdividido em nove seções, que totalizam 61 questões, 44 relacionadas à cultura de segurança, 11 questões relacionadas às informações pessoais, além de uma recomendação pessoal sobre segurança do paciente:

- Seção A: 18 questões relacionadas à área/unidade de trabalho.
- Seção B: quatro questões relacionadas ao supervisor/chefia imediata.
- Seção C: seis questões relacionadas à comunicação.
- Seção D: três questões relacionadas à frequência de relato de eventos adversos.
- Seção E: uma questão sobre avaliação da segurança do paciente.
- Seção F: 11 questões relacionadas ao hospital.
- Seção G: uma questão relacionada ao número de eventos adversos relatados/notificados.
- Seção H: 11 questões sobre a caracterização dos respondentes.
- Seção I: uma recomendação sobre segurança do paciente.

No Quadro 2 são apresentadas as 12 dimensões avaliadas no questionário, duas variáveis de resultado e os dois indicadores de cultura de segurança do paciente, a respectiva descrição e as questões correspondentes (SORRA; NIEVA, 2004).

Cada dimensão é formada por cerca de três a quatro questões que compõem as diversas seções. Sete dimensões são relacionadas ao âmbito da organização da unidade/setor, assim denominadas: “trabalho em equipe no âmbito das unidades” (A1+A3+A4+A11), “expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes” (B1+B2+B3+B4), “aprendizado organizacional” (A6+A9+A13), “retorno da informação e comunicação sobre os erros” (C1+C3+C5), “abertura para as comunicações” (C2+C4+C6), “adequação de profissionais” (A2+A5+A7+A14), “respostas não punitivas aos erros” (A8+A12+A16).

Três dimensões são relacionadas ao âmbito da organização hospitalar: “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” (F1+F8+F9), “trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” (F2+F4+F6+F10) e “transferências internas e passagens de plantão” (F3+F5+F7+F11).

Duas dimensões compõem as variáveis de resultados: “percepções generalizadas sobre a segurança do paciente” (A10+A15+A17+A18) e “frequência de relatórios de eventos adversos que são reportados nas diversas modalidades” (D1+D2+D3).

No quadro 2 também estão descritos os dois indicadores de segurança do paciente “grau de segurança do paciente” e “número de eventos adversos”, e (SORRA; NIEVA, 2004).

Quadro 2 – Dimensões da cultura de segurança do paciente e respectivas questões do HSPSC

Dimensão/Descrição	Questões componentes
Cultura de segurança do paciente no âmbito da organização da unidade/setor	
<p>1 – Trabalho em equipe no âmbito das unidades Os trabalhadores apoiam-se nas unidades, tratam as outras com respeito e trabalham juntas como uma equipe.</p>	<p>A1= Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.</p> <p>A3= Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.</p> <p>A4= Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito</p> <p>A11= Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.</p>
<p>2 – Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes Os supervisores e gerentes consideram as sugestões da equipe para melhoria da segurança do paciente, elogia o trabalho ou equipe que segue os procedimentos corretamente e não negligenciam problemas de segurança do paciente.</p>	<p>B1= O meu supervisor/chefe imediato elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.</p> <p>B2= O meu supervisor/chefe imediato realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.</p> <p>B3*= Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe imediato quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso significa "pular etapas".</p> <p>B4*= O meu supervisor/chefe imediato não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem rapidamente.</p>
<p>3 – Aprendizado organizacional Existe uma cultura de aprendizagem na qual os erros levam a mudanças positivas e as mudanças são avaliadas em sua eficácia.</p>	<p>A6= Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.</p> <p>A9= Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.</p> <p>A13= Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, a avaliamos positivamente.</p>

Quadro 2 – (Continuação)

Dimensão/Descrição	Questões componentes
Cultura de segurança do paciente no âmbito da organização da unidade/setor	
<p>4 – Retorno da informação e comunicação sobre os erros Os trabalhadores são informados sobre os erros que acontecem, é dado retorno sobre as mudanças implantadas e são discutidas maneiras de prevenir erros com a equipe.</p>	<p>C1= Nós recebemos informações sobre mudanças implementadas no setor em relação às notificações de eventos adversos.</p> <p>C3= Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.</p> <p>C5= Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.</p>
<p>5 – Abertura para as comunicações Os trabalhadores podem livremente discutir se observam algo que pode afetar negativamente o paciente e sentem-se livres em questionar seu superior.</p>	<p>C2= Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.</p> <p>C4= Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus supervisores/chefes.</p> <p>C6*= Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar bem.</p>
<p>6 – Adequação de profissionais Existe número suficiente de trabalhadores para a efetiva execução do trabalho e o número de horas trabalhadas é apropriado para oferecer o melhor cuidado ao paciente.</p>	<p>A2= Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho.</p> <p>A5*= Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.</p> <p>A7*= Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.</p> <p>A14*= Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito mais rápido.</p>

Quadro 2 – (Continuação)

Dimensão/Descrição	Questões componentes
Cultura de segurança do paciente no âmbito da organização da unidade/setor	
<p>7 – Respostas não punitivas aos erros Os trabalhadores sentem que seus erros e os eventos reportados não são utilizados contra eles e que os erros não são anotados em suas fichas funcionais.</p>	A8*= Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles.
	A12*= Quando um evento é relatado/notificado, parece que o foco recai sobre o profissional e não sobre o problema.
	A16*= Os profissionais se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais.
Cultura de segurança do paciente no âmbito da organização hospitalar	
<p>8 – Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente A gestão hospitalar oferece um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é prioridade maior.</p>	F1= A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.
	F8= As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade.
	F9*= A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.
<p>9 – Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares As unidades do hospital cooperam e se coordenam entre si para oferecer o melhor cuidado para o paciente.</p>	F2*= As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.
	F4= Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.
	F6*= Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.
	F10= As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.

Quadro 2 – (Continuação)

Dimensão/Descrição	Questões componentes
Cultura de segurança do paciente no âmbito da organização hospitalar	
10 – Transferências internas e passagens de plantão Informações importantes do cuidado do paciente são transmitidas entre as unidades do hospital e durante as mudanças de turnos.	F3*= O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.
	F5*= É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou turno de trabalho.
	F7*= Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.
	F11*= Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.
Variáveis de resultado	
11 – Percepções generalizadas sobre a segurança do paciente Os procedimentos e sistemas existentes na organização são efetivos na prevenção de erros.	A10*= É apenas por acaso, que erros enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui.
	A15*= A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.
	A17*= Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.
	A18= Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.

Quadro 2 – (Continuação)

Dimensão/Descrição	Questões componentes
12 – Frequência de relatórios de eventos adversos que são reportados nas diversas modalidades Erros percebidos e corrigidos antes de afetar o paciente, erros se potencial de causar danos ao paciente, erros que poderiam causar danos ao paciente, mas que não causaram, e também o grau de segurança do paciente e o número de eventos adversos reportados.	Variáveis de resultado
	D1= Quando ocorre um erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado/relatado?
	D2= Quando ocorre um erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado/relatado?
D3= Quando ocorre um erro, engano ou falha que poderia causar dano ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado/relatado?	

Fonte: Adaptado de REIS, 2013

* Itens formulados negativamente

Quadro 3 – Indicadores da cultura de segurança do paciente que compõem o questionário HSPSC

Indicadores	Descrição
Grau de segurança do paciente	Nota de segurança que o profissional atribui à unidade/setor.
Número de eventos adversos	Número de relatórios de eventos adversos que o profissional preencheu, relatou ou entregou nos últimos 12 meses.

Fonte: Adaptado de REIS, 2013

4.5 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

A proposta da presente pesquisa foi elaborada em período que a pesquisadora principal atuava no NSP que abrange os três hospitais, e a primeira etapa consistiu na solicitação de permissão para realização do estudo. Esta etapa envolveu a apresentação dos objetivos do estudo à superintendência, direção, gerência multiprofissional, coordenação geral de enfermagem e supervisões responsáveis pelos diversos setores de internação dos três hospitais (APÊNCIDE A e B), garantindo a sensibilização quanto à temática a ser abordada.

4.6 PRÉ-TESTE DO QUESTIONÁRIO

Foi realizado o pré-teste do questionário com 12 enfermeiras que compõem o quadro administrativo do hospital 1, pois estas não fizeram parte do estudo, por não terem contato direto com o paciente. As referidas enfermeiras ocupavam as seguintes funções: uma coordenadora de enfermagem, cinco supervisoras de enfermagem alocadas nas unidades de internação clínica e cirúrgica adulto, unidade de terapia intensiva adulto, centro de emergência e trauma, uma enfermeira do núcleo de segurança do paciente, uma enfermeira do núcleo epidemiológico, uma coordenadora e três enfermeiras da comissão de infecção intra-hospitalar.

Foram entregues 12 envelopes contendo um questionário de avaliação com duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para cada um dos participantes (um para ser arquivado e outro para o respondente). No momento da entrega foram esclarecidos os objetivos do estudo e, posteriormente, pré-agendados data e horário para recolhimento do envelope. Todos os questionários foram devolvidos e preenchidos completamente e não houve observações quanto a dificuldades.

Embora as autoras do questionário HSPSC apontem a possibilidade de modificações em relação as suas dimensões, antes de ser implementado, de acordo com a necessidade de cada instituição hospitalar, recomendam que estas mudanças ocorram apenas em absoluta necessidade, pois podem afetar a confiabilidade do questionário (SORRA; NIEVA, 2004). Antes da aplicação do pré-teste foram

realizadas as modificações que se restringiram ao tamanho da letra para melhor visualização das questões e do layout do questionário (ANEXO B).

Optou-se em realizar o pré-teste somente com profissionais que exercem suas atividades na instituição de pesquisa e que não realizam contato direto com o paciente. Deste modo, foi realizado o pré-teste apenas com os enfermeiros administrativos, pois os demais enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem realizam contato direto com o paciente e atuam nas unidades que fizeram parte da pesquisa

4.7 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e abril/2017. Inicialmente a pesquisadora realizava contato com cada coordenação ou supervisão de enfermagem, em cada setor de cada um dos três hospitais para estabelecer a dinâmica de coleta. A coleta propriamente dita era desenvolvida em até quatro visitas, para cada turno de trabalho. No primeiro dia a pesquisadora abordava cada profissional de enfermagem para convidá-los a participarem da pesquisa, depois da explicação dos objetivos. Após aceite dos profissionais era entregue um envelope lacrado com as duas cópias do TCLE e um questionário que poderiam ser respondidos no momento ou em momento mais oportuno. Para os participantes que não respondiam o questionário no momento da entrega (dia 1), eram realizados três retornos para recolhimento dos envelopes, nos dias 2, 3 e 4, quando necessário.

4.8 VARIÁVEIS E CATEGORIAS UTILIZADAS NO PRESENTE ESTUDO

➤ **Variáveis sociodemográficas:**

- **Sexo:** feminino e masculino.
- **Faixa etária:** A idade foi questionada em anos completos, e posteriormente categorizada em 20 a 39 e 40 a 61 anos.
- **Grau de instrução:** o questionário dispõe de 8 categorias de resposta que foram categorizadas separadamente para enfermeiros (superior completo; pós-graduação - nível especialização) e para auxiliares/técnicos (segundo grau completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo).

➤ **Variáveis relacionadas ao trabalho:**

- **Categoria profissional:** dispostas em enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem. Os auxiliares e técnicos de enfermagem foram analisados conjuntamente.
- **Unidade hospitalar:** categorizada como unidade hospitalar 1, 2 e 3, conforme local de estudo.
- **Unidades hospitalares:** categorizadas em críticas, consideradas áreas que possuem risco aumentado para o desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), além da realização de procedimentos invasivos (pronto socorro, pronto atendimento, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva), e semicríticas, consideradas áreas com risco baixo a moderado para o desenvolvimento de IRAS, além da realização de procedimentos não invasivos, em pacientes considerados não críticos (unidades de internação – enfermarias) (BRASIL, 2009).
- **Tempo de trabalho do profissional dentro da instituição hospitalar:** coletado da seguinte forma, menos de 1 ano, 1 a 5 anos, 6 a 10 anos, 11 a 15 anos, 16 a 20 anos, 21 anos ou mais, e categorizado em ≤ 5 anos e ≥ 6 anos.
- **Tempo de trabalho do profissional dentro da unidade/setor:** coletado da seguinte forma, menos de 1 ano, 1 a 5 anos, 6 a 10 anos, 11 a 15 anos, 16 a 20 anos, 21 anos ou mais, e categorizado em ≤ 5 anos e ≥ 6 anos.
- **Outro vínculo empregatício:** sim ou não.

➤ **Variáveis relacionadas à cultura de segurança:**

- **As dimensões “trabalho em equipe no âmbito das unidades”, “aprendizado organizacional”, “adequação de profissionais”, “respostas não punitivas aos erros”, “percepções generalizadas sobre a segurança do paciente”, expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes”, “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”, “trabalho em equipe entre as unidades hospitalares”, “transferências internas e passagens de plantão” possuem cinco opções de respostas:**
 - Discordo totalmente
 - Discordo
 - Não concordo, nem discordo

- Concordo
- Concordo totalmente

Para a análise dos dados as respostas foram agrupadas em três categorias:

- Discordo/totalmente
- Não concordo, nem discordo
- Concordo/totalmente

- **As dimensões “retorno da informação e comunicação sobre os erros”, “abertura para as comunicações”, “frequência de relatórios de eventos adversos que são reportados nas diversas modalidades” possuem cinco opções de respostas:**

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

Para a análise dos dados as respostas foram agrupadas em três categorias:

- Nunca/raramente
- Às vezes
- Quase sempre/sempre

- **O indicador “Grau de segurança do paciente” possui cinco opções de respostas:**

- Excelente
- Muito boa
- Regular
- Ruim
- Muito ruim

Para a análise dos dados as respostas foram agrupadas em três categorias:

- Excelente/Muito boa
- Regular
- Ruim/Muito ruim

- **O indicador “número de eventos adversos relatados/notificados nos últimos 12 meses” possui seis opções de respostas:**

- Nenhum relatório

- 1 a 2 relatórios
- 3 a 5 relatórios
- 6 a 10 relatórios
- 11 a 20 relatórios
- 21 relatórios ou mais

Para a análise dos dados as respostas foram agrupadas em três categorias:

- Nenhum relatório
- 1 a 10 relatórios
- ≥ 11 relatórios

A síntese da categorização das variáveis utilizadas no presente estudo foi descrita no quadro 2.

Quadro 4 – Síntese das variáveis do presente estudo, 2017

Variáveis	Descrição	Conteúdo original	Categorias
Sociodemográficas	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Feminino • Masculino 	<ul style="list-style-type: none"> • Feminino • Masculino
	Faixa etária	<ul style="list-style-type: none"> • Resposta aberta 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 a 39 anos • 40 a 61 anos
	Grau de instrução	<ul style="list-style-type: none"> • Primeiro grau (ensino básico) incompleto • Primeiro grau (ensino básico) completo • Segundo grau (ensino médio) incompleto • Segundo grau (ensino médio) completo • Ensino superior incompleto • Ensino superior completo • Pós-graduação (nível especialização) • Pós-graduação (nível mestrado ou doutorado) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Enfermeiros: <ul style="list-style-type: none"> • Ensino superior completo • Pós-graduação (nível especialização). ○ Técnicos/auxiliares de enfermagem <ul style="list-style-type: none"> • Segundo grau completo • Ensino superior incompleto • Ensino superior completo
Trabalho	Categoria profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro • Técnico de enfermagem • Auxiliar de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro • Técnico/auxiliar de enfermagem
	Hospitais	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital 1 • Hospital 2 • Hospital 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital 1 • Hospital 2 • Hospital 3

Quadro 4 – (Continuação)

Variáveis	Descrição	Conteúdo original	Categorias
Trabalho	Unidades hospitalares	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospital 1 <ul style="list-style-type: none"> • Unidade de internação 1 • Unidade de internação 2 • Unidade de internação 3 • Unidade de internação 4 • Unidade de internação 5 • Unidade de internação 6 • Unidade de internação 7 • Unidade de internação 8 • UTI 1 • UTI 2 • UTI 3 • UTI 4 • CC ➤ Hospital 2 <ul style="list-style-type: none"> • Unidade de internação pediátrica • Pronto atendimento • Unidade de terapia intensiva pediátrica • Unidade de terapia intensiva neonatal • CC ➤ Hospital 3 <ul style="list-style-type: none"> • Pronto atendimento • CC • Unidade de internação 1 • Unidade de internação 2 • Unidade de internação 3 • Unidade de internação 4 • UTI 	<ul style="list-style-type: none"> • Críticas (pronto socorro, pronto atendimento, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva) • Semicríticas (unidades de internação – enfermarias)

Quadro 4 – (Continuação)

Variáveis	Descrição	Conteúdo original	Categorias
Trabalho	Tempo de trabalho do profissional dentro da instituição hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 ano • 1 a 5 anos • 6 a 10 anos • 11 a 15 anos • 15 a 20 anos • 21 anos ou mais 	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 5 anos • ≥ 6 anos
	Tempo de trabalho do profissional dentro da unidade/setor	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 ano • 1 a 5 anos • 6 a 10 anos • 11 a 15 anos • 15 a 20 anos • 21 anos ou mais 	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 5 anos • ≥ 6 anos
	Outro vínculo empregatício	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não

Quadro 4 – (Continuação)

Variáveis	Descrição	Conteúdo original	Categorias
Cultura de segurança do paciente	“trabalho em equipe no âmbito das unidades”, “aprendizado organizacional”, “adequação de profissionais”, “respostas não punitivas aos erros”, “percepções generalizadas sobre a segurança do paciente”, expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes”, “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”, “trabalho em equipe entre as unidades hospitalares”, “transferências internas e passagens de plantão”	<ul style="list-style-type: none"> • Discordo totalmente • Discordo • Não concordo, nem discordo • Concordo • Concordo totalmente 	<ul style="list-style-type: none"> • Discordo/totalmente • Não concordo, nem discordo • Concordo/totalmente
Cultura de segurança do paciente	“retorno da informação e comunicação sobre os erros”, “abertura para as comunicações”, “frequência de relatórios de eventos adversos que são reportados nas diversas modalidades”	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Raramente • Às vezes • Quase sempre • Sempre 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca/Raramente • Às vezes • Quase sempre/Sempre
	“Grau de segurança do paciente”	<ul style="list-style-type: none"> • Excelente • Muito boa • Regular • Ruim • Muito ruim 	<ul style="list-style-type: none"> • Excelente/Muito boa • Regular • Ruim/Muito ruim

Quadro 4 – (Continuação)

Variáveis	Descrição	Conteúdo original	Categorias
Cultura de segurança do paciente	"número de eventos adversos relatados/notificados nos últimos 12 meses"	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhum relatório • 1 a 2 relatórios • 3 a 5 relatórios • 6 a 10 relatórios • 11 a 20 relatórios • 21 relatórios ou mais 	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhum relatório • 1 a 10 relatórios • ≥ 11 relatórios

4.9 ANÁLISE DOS DADOS

Após a devolução dos questionários preenchidos, foram analisados e adotados critérios de exclusão para remoção daqueles considerados inválidos. Foram aplicados critérios de exclusão similares aos estabelecidos por Sorra e Nieva (2004):

- Questionários que não apresentavam pelo menos uma seção preenchida completamente;
- Questionários que apresentavam menos que a metade de itens preenchidos;
- Questionários que apresentavam a mesma resposta em todos os itens.

Os dados foram duplamente digitados em banco de dados no programa Microsoft Excel 2016 com correção de inconsistências. As análises foram realizadas no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19.0.

Foi avaliada a consistência interna do questionário utilizado (HSPSC). Para isso foi calculado o Coeficiente Alfa de Cronbach (CRONBACH, 1951).

Para a descrição da população de estudo realizou-se análise descritiva dos dados com técnicas de estatísticas de síntese, tais como medidas de tendência central e medidas de variabilidade.

A cultura de segurança do paciente foi analisada calculando-se os percentuais de respostas positivas para cada dimensão do instrumento utilizado (HSOPSC), por meio da seguinte fórmula (SORRA; NEIVA, 2004):

$$X = \frac{\text{Número de respostas positivas da dimensão}}{\text{Número total de respostas válidas aos itens da dimensão}} \times 100$$

Além do mencionado acima, foram analisados os percentuais de respostas positivas para cada questão que compõem as dimensões, pela seguinte fórmula (SORRA; NEIVA, 2004):

$$X = \frac{\text{Número de respostas positivas ao item da dimensão}}{\text{Número total de respostas válidas aos itens da dimensão}} \times 100$$

Deste modo, para as questões formuladas de forma positiva, as alternativas positivas referem-se à opção (4) “concordo”, (5) “concordo totalmente” e (4) “quase sempre” ou (5) “sempre”. Para as questões formuladas de forma negativa foram selecionadas as alternativas (1) “discordo totalmente”, (2) “discordo” e (5) “nunca” e (4) “raramente”. As repostas neutras referem-se às sentenças que foram assinaladas como (3) “nem discordo nem concordo” e “as vezes” para qualquer uma das sentenças (SORRA; NEIVA, 2004). Esta análise também foi aplicada por profissional, identificando o percentual de respostas positivas por respondentes.

A partir do cálculo dos percentuais foram atribuídas categorias, com a seguinte classificação: **áreas consideradas fortalecidas** ($\geq 75,0\%$ de respostas positivas), **áreas com potencial de melhoria** ($<75,0\%$ a $>50,0\%$), e **áreas enfraquecidas/fragilizadas** ($\leq 50,0\%$) (SORRA; NEIVA, 2004). Essas categorias também foram utilizadas na análise de associação.

Ainda, foi analisada a nota atribuída para a segurança do paciente e o número de notificações de eventos adversos relatados nos últimos 12 meses. Para tais variáveis foram realizados cálculos de frequência, apresentados em forma de figuras.

As variáveis/dimensões selecionadas como desfecho para análise de associação foram: “respostas não punitivas aos erros” e duas dimensões relacionadas ao âmbito da organização da unidade (“percepções generalizadas sobre segurança” e “abertura para comunicações”). Assim as três variáveis dependentes foram dicotomizadas em “enfraquecidas” (percepção negativa) e “potencial de melhoria/fortalecidas” (percepção positiva). As variáveis independentes analisadas foram: sexo, faixa etária, tempo de trabalho no hospital e tipo de unidade hospitalar (críticas; semicríticas). Para a análise de associação, utilizou-se a regressão de Poisson, com cálculo da Razão de Prevalência (RP) bruta e ajustada, e Intervalo de Confiança 95% (IC 95%), utilizando-se como nível de significância $p < 0,05$. Todas as variáveis independentes foram incluídas no modelo ajustado.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi realizada respeitando os princípios éticos segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital cenário do estudo, e aprovado segundo parecer nº 1898357/2016, CAAE nº 63345616.9.0000.0099 (ANEXO C).

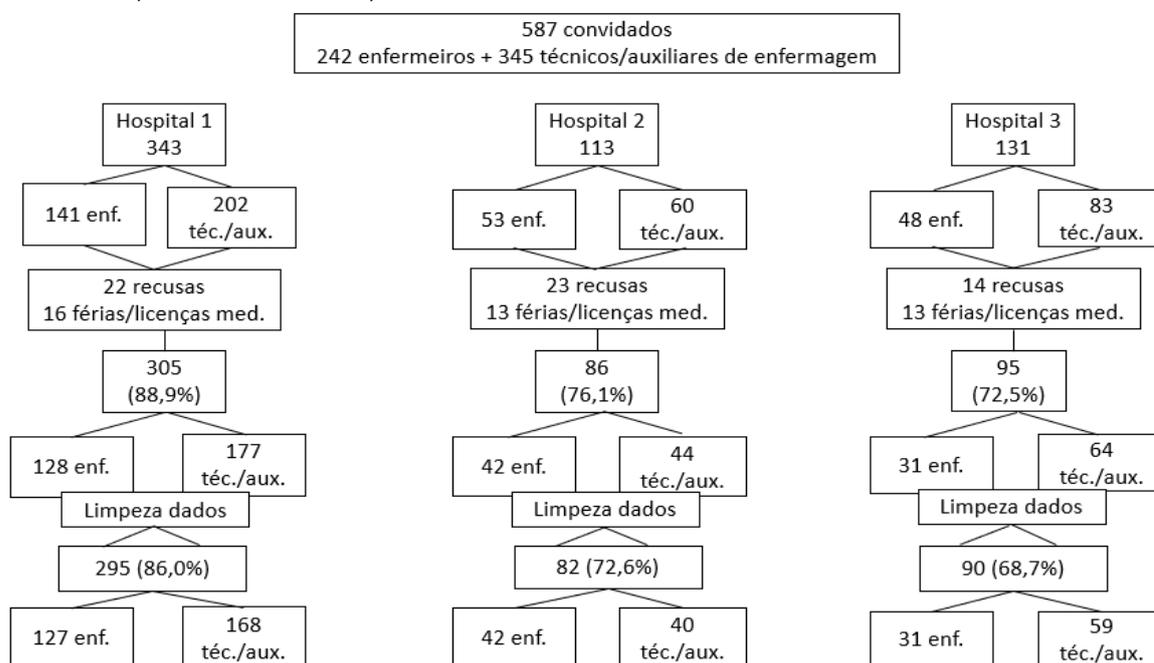
Foi preservado o anonimato dos três hospitais, e acordado com seu respectivo gerente, o retorno dos resultados da pesquisa. Os documentos de autorização disponibilizados pela direção dos hospitais foram encaminhados ao CEP.

Todos os participantes foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o TCLE (APÊNDICE D).

5 RESULTADOS

No total, 587 questionários foram entregues aos trabalhadores de enfermagem, obtendo-se o retorno de 486, que correspondeu a uma taxa de resposta de 79,2%. Houve 11,1% de perdas no hospital 1, 31,8% no hospital 2, e 20,6% no hospital 3. Na revisão dos questionários, verificou-se que 19 apresentaram a mesma opção de resposta em todas as questões que compõe uma das seções, desta forma estes questionários foram excluídos da análise, totalizando 75,8%, 86,0% no hospital 1 (90,0% entre enfermeiros, 83,1% técnicos e auxiliares de enfermagem), 72,6% no hospital 2 (79,2% entre enfermeiros, 66,7% técnicos e auxiliares de enfermagem) e 68,7% no hospital 3 (64,6% entre enfermeiros, 71,1% técnicos e auxiliares de enfermagem), conforme demonstrado no fluxograma (Figura 2).

Figura 2 - Fluxograma relacionado ao retorno de questionários segundo hospital e categoria profissional, Norte do Paraná, 2017



A consistência interna do instrumento, testada por meio do coeficiente de alfa de Cronbach, apresentou a consistência $\alpha=0,84$.

As características sociodemográficas e de trabalho estão descritas na tabela 1. Houve predomínio de participantes do sexo feminino (88,4%). Quanto à faixa etária, a maioria dos respondentes tem entre 20 e 39 anos (60,8%). Sobre a

categoria profissional, a maioria dos respondentes eram técnicos/auxiliares de enfermagem (57,2%).

Quanto ao grau de instrução entre os participantes enfermeiros, identificou-se maior frequência de pós-graduados (76,0%). A maioria dos técnicos/auxiliares de enfermagem das três instituições tinha segundo grau completo (83,9%).

Em relação ao tempo de atuação dos profissionais nos hospitais e nas unidades, houve maior frequência de participantes com 5 anos ou menos (57,8% e 82,0%, respectivamente). Todos os participantes atuam com carga horária de 42 horas semanais. Ainda, 20,8% dos profissionais de enfermagem possuem outro vínculo de trabalho.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e de trabalho segundo hospital e categoria profissional. Norte do Paraná, 2017.

Variáveis	Hospital 1		Hospital 2		Hospital 3		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
Feminino	253	85,8	76	92,7	84	93,3	413	88,4
Masculino	42	14,2	6	7,3	6	6,7	54	11,6
Faixa etária								
20 - 39 anos	166	56,3	59	72,0	59	65,6	284	60,8
40 - 61 anos	109	36,9	15	18,3	28	31,1	152	32,5
Dados ausentes	20	6,8	8	9,8	3	3,3	31	6,6
Categoria profissional								
Enfermeiro	127	43,1	42	51,2	31	34,4	200	42,8
Técnico e auxiliares de enfermagem	168	56,9	40	48,8	59	65,6	267	57,2
Grau de instrução dos enfermeiros*								
Ensino superior completo	30	23,6	12	28,6	6	19,4	48	24,0
Pós-graduação (nível especialização)	97	76,4	30	71,4	25	80,6	152	76,0
Grau de instrução dos técnico e auxiliares de enfermagem**								
Segundo grau completo	142	84,5	36	90,0	46	78,0	224	83,9
Ensino superior incompleto	15	8,9	4	10,0	8	13,6	27	10,1
Ensino superior completo	11	6,5	0	0,0	5	8,5	16	6,0
Tempo de atuação no hospital								
≤ 5 anos	168	56,9	46	56,1	56	62,2	270	57,8
> 6 anos	127	43,1	36	43,9	34	37,8	197	42,2
Tempo de atuação na unidade								
≤ 5 anos	240	81,4	63	76,8	80	88,9	383	82,0
> 6 anos	55	18,6	19	23,2	10	11,1	84	18,0
Outro vínculo de trabalho								
Não	235	79,7	65	79,3	70	77,8	370	79,2
Sim	60	20,3	17	20,7	20	22,2	97	20,8

* Total de enfermeiros: 200; ** Total de técnicos e auxiliares de enfermagem: 264

Entre os respondentes das três instituições hospitalares o percentual médio de respostas positivas para as 12 dimensões da cultura de segurança do paciente foi de 49,2% considerada uma cultura de segurança fragilizada, e entre as instituições hospitalares 1, 2 e 3, foi de 44,4% (fragilizada), 52,2% e 51,0% (potencial de melhoria), respectivamente.

O percentual médio de respostas positivas obtido para cada uma das dimensões da cultura de segurança do paciente, por hospitais e categorias profissionais, está descrito nas tabelas 2 e 3.

Das sete dimensões que compõem a cultura de segurança do paciente no âmbito da organização da unidade/setor (Tabela 2), quatro apresentaram percentuais médios de respostas positivas, classificados como cultura com potencial de melhoria, dentre elas: “Trabalho em equipe no âmbito das unidades” (72,6%), “Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes” (66,5%), “Aprendizado organizacional” (66,3%) e “Retorno das informações e comunicações sobre os erros” (58,8%).

Todas as demais dimensões da cultura de segurança do paciente no âmbito da organização da unidade/setor apresentaram percentuais médios de respostas positivas consideradas fragilizadas como, “Abertura para as comunicações” (28,5%), “Adequação de profissionais” (37,0%), “Respostas não punitivas aos erros” (21,9%).

Tabela 2 - Frequência de respostas positivas das dimensões da cultura de segurança do paciente no âmbito da organização da unidade/setor, segundo hospital e categoria profissional. Norte do Paraná, 2017.

Dimensões	Hospital 1		Hospital 2		Hospital 3		Total
	Enf	TecAux	Enf	TecAux	Enf	TecAux	
Trabalho em equipe no âmbito das unidades	69,1	63,3	75,6**	78,5**	87,1**	61,9	72,6
Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes	60,5	53,9	71,4	82,3**	65,9	65,0	66,5
Aprendizado organizacional	63,8	64,9	62,7	63,3	72,0	70,9	66,3
Retorno da informação e comunicação sobre os erros	51,4	53,0	64,3	53,2	74,0	57,0	58,8
Abertura para as comunicações	29,9*	30,2*	32,5*	29,2*	24,7*	24,4*	28,5*
Adequação de profissionais	38,1*	38,0*	36,4*	32,8*	47,6*	29,1*	37,0*
Respostas não punitivas aos erros	17,0*	14,2*	28,6*	28,0*	21,9*	21,8*	21,9*

* Cultura de segurança considerada fragilizada; ** Cultura de segurança considerada fortalecida

Relacionado às categorias profissionais e as unidades hospitalares (Tabela 2), as dimensões “Trabalho em equipe no âmbito das unidades” e “Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes”, apresentaram divergência entre as respostas de enfermeiros e de técnicos de enfermagem, no hospital 3 e hospital 2, oscilando entre proporção de respostas positivas que caracterizam a cultura de segurança como potencial de melhoria à fortalecida.

Três dimensões que compõem a cultura de segurança do paciente no âmbito da organização hospitalar (Tabela 3) apresentaram percentuais médios de respostas positivas consideradas fragilizadas, “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” (48,5%), “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares (41,2%), “Transferências internas e passagens de plantão” (43,6%).

Nos três hospitais houve posições discordantes entre os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem no âmbito da organização hospitalar, referentes às seguintes dimensões: “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” e “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” no hospital 3, “Transferências internas e passagem de plantão” no hospital 2, cujos percentuais variaram entre cultura com potencial de melhoria à fragilizada.

Tabela 3 - Frequência de respostas positivas das dimensões da cultura de segurança do paciente no âmbito da organização hospitalar, segundo hospital e categoria profissional. Norte do Paraná, 2017.

Dimensões	Hospital 1		Hospital 2		Hospital 3		Total
	Enf	TecAux	Enf	TecAux	Enf	TecAux	
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	40,3*	43,2*	51,0	52,1	44,1*	60,0	48,5*
Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	33,1*	31,7*	46,0*	45,4*	39,5*	51,5	41,2*
Transferências internas e passagens de plantão	34,7*	39,7*	52,6	49,3*	43,5*	41,7*	43,6*

* Cultura de segurança considerada fragilizada; ** Cultura de segurança considerada fortalecida

Das duas dimensões relacionadas às variáveis de resultado (Tabela 4), a dimensão “Frequência de relatórios de eventos adversos que são reportados” apresentou uma cultura com potencial de melhoria (59,1%), já a dimensão “Percepções generalizadas sobre segurança do paciente”, apresentou uma cultura considerada fragilizada (46,5%).

No hospital 1 houve posições discordantes entre as categorias profissionais na avaliação da dimensão “Frequência de relatórios de eventos adversos que são reportados”, cujos percentuais médios de respostas positivas variaram entre uma cultura com potencial de melhoria à fragilizada (Tabela 4).

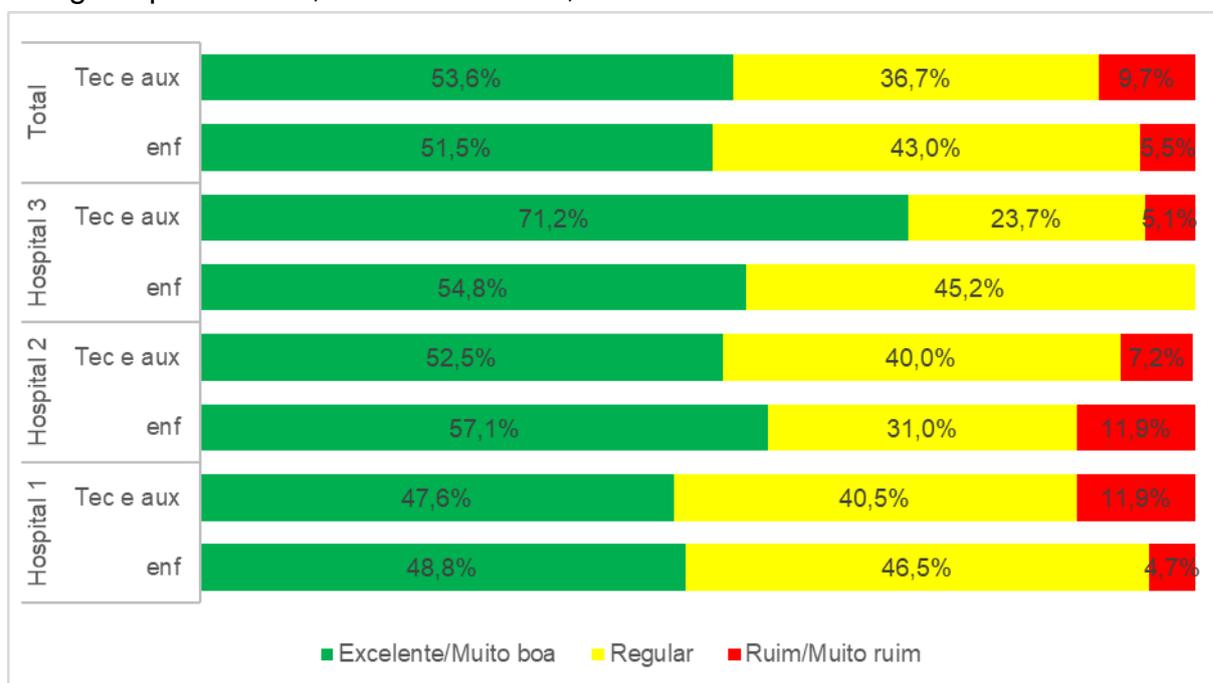
Tabela 4 - Frequência de respostas positivas relacionadas às variáveis de resultado, segundo hospital e categoria profissional. Norte do Paraná, 2017

Dimensões	Hospital 1		Hospital 2		Hospital 3		Total
	Enf	TecAux	Enf	TecAux	Enf	TecAux	
Percepções generalizadas sobre a segurança do paciente	41,5*	45,6*	51,5	51,4	41,9*	46,8*	46,5*
Frequência de relatórios de eventos adversos que são reportados	48,0*	59,4	50,8	64,9	64,5	66,9	59,1

* Cultura de segurança considerada fragilizada; ** Cultura de segurança considerada fortalecida

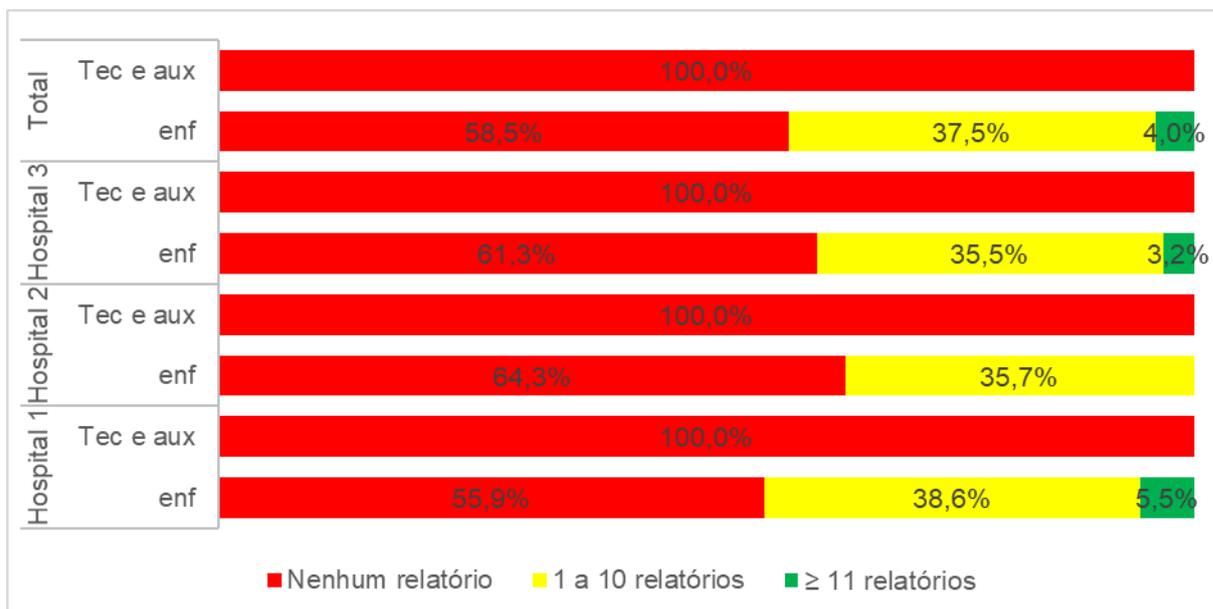
Quanto à avaliação sobre a segurança do paciente, os participantes da pesquisa atribuíram uma nota quando questionados sobre a cultura de segurança do paciente em suas instituições (Figura 3). Nota-se maior frequência média de avaliações Excelente/Muito boa, para todas as categorias profissionais das três instituições hospitalares. No hospital 3 observa-se maior discrepância entre as notas dos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem 54,8% e 71,2%, respectivamente.

Figura 3 - Avaliação (notas) da cultura de segurança do paciente, segundo hospital e categoria profissional, Norte do Paraná, 2017.



Sobre o número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses (Figura 4), percebeu-se que a totalidade dos técnicos e auxiliares de enfermagem não notificaram eventos adversos nos últimos 12 meses. A maioria dos enfermeiros respondeu “nenhum relatório” para os hospitais 1, 2, 3. A distribuição percentual de enfermeiros que mencionaram entre 1 e 10 notificações no período foi semelhante em todas as instituições hospitalares. Apenas os enfermeiros do hospital 1 (5,5%), e hospital 3 (3,2%) notificaram mais de 11 eventos adversos em 12 meses.

Figura 4 - Distribuição percentual de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses (número de relatórios) segundo hospital e categoria profissional. Norte do Paraná, 2017



A tabela 5 apresenta a razão de prevalência de avaliação negativa sobre a segurança do paciente segundo variáveis demográficas e do trabalho. Nenhum dos fatores foi associado à dimensão “percepções generalizadas sobre a segurança do paciente”, em nenhuma das instituições hospitalares avaliadas.

Tabela 5 – Razão de prevalência bruta e ajustada de avaliação negativa sobre a dimensão "Percepções generalizadas sobre a segurança do paciente" segundo características demográficas e do trabalho nos hospitais 1, 2, e 3. Norte do Paraná, 2017.

Avaliação negativa					
Variável	N	%	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)	p-valor
Hospital 1					
Gênero					
Masculino	36	85,7	1,090 (0,948-1,252)	1,079 (0,941-1,237)	0,278
Feminino	199	78,7	1	1	
Faixa etária					
20-39 anos	150	80,6	1,034 (0,915-1,168)	1,082 (0,947-1,236)	0,249
40-61 anos	85	78,0	1	1	
Tempo de hospital					
≥ 6 anos	106	83,5	1,087 (0,970-1,218)	1,112 (0,988-1,253)	0,079
≤ 5 anos	129	76,8	1	1	
Unidades hospitalares					
Semicríticas	111	82,8	1,076 (0,959-1,206)	1,090 (0,965-1,231)	0,165
Críticas	124	77,0	1	1	
Categoria profissional					
Enfermeiros	101	79,5	0,997 (0,887-1,120)	1,026 (0,905-1,163)	0,069
Técnicos e auxiliares	134	79,8	1	1	
Hospital 2					
Gênero					
Masculino	4	66,7	0,974 (0,542-1,751)	0,926 (0,558-1,537)	0,767
Feminino	52	68,4	1	1	
Faixa etária					
20-39 anos	26	72,2	1,343 (0,817-2,208)	1,507 (0,914-2,484)	0,108
40-61 anos	30	62,5	1	1	
Tempo de hospital					
≥ 6 anos	48	71,6	1,107 (0,827-1,484)	1,269 (0,943-1,708)	0,116
≤ 5 anos	8	53,3	1	1	
Unidades hospitalares					
Semicríticas	12	60,0	0,845 (0,571-1,251)	0,805 (0,540-1,202)	0,289
Críticas	44	71,0	1	1	
Categoria profissional					
Enfermeiros	28	66,7	0,952 (0,709-1,279)	0,915 (0,682-1,228)	0,556
Técnicos e auxiliares	28	70,0	1	1	
Hospital 3					
Gênero					
Masculino	5	83,3	1,250 (0,848-1,843)	1,361 (0,896-2,067)	0,148
Feminino	56	66,7	1	1	
Faixa etária					
20-39 anos	44	71,0	1,169 (0,834-1,639)	1,167 (0,816-1,669)	0,399
40-61 anos	17	60,7	1	1	

Tabela 5 – (Continuação)

Avaliação negativa					
Variável	N	%	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)	p-valor
Hospital 3					
Tempo de hospital					
≥ 6 anos	22	64,7	0,929 (0,687-1,257)	0,971 (0,708-1,330)	0,854
≤ 5 anos	39	69,6	1	1	
Unidades hospitalares					
Semicríticas	38	70,4	1,101 (0,816-1,487)	1,154 (0,849-1,567)	0,361
Críticas	23	63,9	1	1	
Categoria profissional					
Enfermeiros	22	71,0	1,074 (0,803-1,435)	1,095 (0,795-1,508)	0,577
Técnicos e auxiliares	39	66,1	1	1	

RP: Razão de prevalência; IC: Intervalo de confiança.

Quanto à dimensão “Abertura para as comunicações” (Tabela 6), observa-se que no hospital 1, os profissionais que atuam em unidades classificadas como semicríticas apresentaram maior prevalência de avaliação negativa à abertura da comunicação. No hospital 2 nenhum dos fatores foi associado à avaliação negativa sobre a dimensão “abertura para as comunicações”. No hospital 3 nota-se que os trabalhadores com 6 anos ou mais de trabalho apresentaram maior prevalência de avaliação negativa sobre a dimensão “abertura para as comunicações”, porém, perdeu a significância estatística com os ajustes.

Tabela 6 - Razão de prevalência bruta e ajustada de avaliação negativa sobre a dimensão "Abertura para as comunicações" segundo características demográficas e do trabalho nos hospitais 1, 2 e 3. Norte do Paraná, 2017.

Avaliação negativa					
Variável	N	%	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)	p-valor
Hospital 1					
Gênero					
Masculino	21	50,0	0,855 (0,621-1,177)	0,847 (0,612-1,170)	0,314
Feminino	148	58,5	1	1	
Faixa etária					
20-39 anos	111	59,7	1,122 (0,907-1,386)	1,222 (0,973-1,534)	0,084
40-61 anos	58	53,2	1	1	
Tempo de hospital					
≥ 6 anos	74	58,3	1,030 (0,845-1,256)	1,077 (0,875-1,326)	0,482
≤ 5 anos	95	56,5	1	1	
Unidades hospitalares					
Semicríticas	86	64,2	1,245 (1,023-1,515)	1,246 (1,007-1,540)	0,042
Críticas	83	51,6	1	1	
Categoria profissional					
Enfermeiros	68	53,5	0,891 (0,727-1,092)	0,934 (0,744-1,173)	0,558
Técnicos e auxiliares	101	60,1	1	1	
Hospital 2					
Gênero					
Masculino	3	50,0	1,086 (0,470-2,506)	1,102 (0,505-2,404)	0,807
Feminino	35	46,1	1	1	
Faixa etária					
20-39 anos	30	44,8	0,840 (0,488-1,445)	0,969 (0,538 - 1,746)	0,918
40-61 anos	8	53,3	1	1	
Tempo de hospital					
≥ 6 anos	19	52,8	1,278 (0,804-2,030)	1,150 (0,675-1,961)	0,607
≤ 5 anos	19	41,3	1	1	
Unidades hospitalares					
Semicríticas	12	60,0	1,431 (0,901-2,272)	1,351 (0,822-2,220)	0,235
Críticas	26	41,9	1	1	
Categoria profissional					
Enfermeiros	18	42,9	0,857 (0,537-1,367)	0,974 (0,580-1,635)	0,922
Técnicos e auxiliares	20	50,0	1	1	
Hospital 3					
Gênero					
Masculino	4	66,7	1,514 (0,818-2,799)	1,573 (0,876-2,824)	0,129
Feminino	37	44,0	1	1	
Faixa etária					
20-39 anos	27	43,5	0,871 (0,546-1,389)	1,034 (0,616-1,738)	0,899
40-61 anos	14	50,0	1	1	
Tempo de hospital					
≥ 6 anos	20	58,8	1,569 (1,010-2,435)	1,599 (0,988-2,587)	0,056
≤ 5 anos	21	37,5	1	1	

Tabela 6 – (Continuação)

Avaliação negativa					
Variável	N	%	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)	p-valor
Hospital 3					
Unidades hospitalares					
Semicríticas	25	46,3	1,042 (0,655-1,658)	1,075 (0,673-1,715)	0,763
Críticas	16	44,4	1	1	
Categoria profissional					
Enfermeiros	15	48,4	1,098 (0,691-1,745)	1,255 (0,749-2,103)	0,389
Técnicos e auxiliares	26	44,1	1	1	

RP: Razão de prevalência; IC: Intervalo de confiança.

Quanto à dimensão “Respostas não punitivas aos erros” (Tabela 7), no hospital 1 nota-se maior prevalência de avaliação negativa entre os respondentes com mais tempo de serviço. A variável tipo de unidade, na análise bruta apresentou maior prevalência de avaliação negativa entre os respondentes das unidades classificadas como semicríticas comparada à das unidades críticas, mas na análise ajustada perdeu a significância, mas com valor de $p=0,056$.

No hospital 2, observa-se maior prevalência de avaliação negativa entre os profissionais do sexo masculino, assim como nas unidades semicríticas.

Quanto ao hospital 3, observa-se que os profissionais do sexo masculino apresentaram maior prevalência de avaliação negativa em relação ao gênero feminino.

Tabela 7 - Razão de prevalência bruta e ajustada de avaliação negativa sobre a dimensão "Respostas não punitivas aos erros" segundo características demográficas e do trabalho nos hospitais 1, 2 e 3. Norte do Paraná, 2017.

Avaliação negativa					
Variável	N	%	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)	p-valor
Hospital 1					
Gênero					
Masculino	38	90,5	0,978 (0,881-1,086)	0,973 (0,877-1,080)	0,612
Feminino	243	92,5	1	1	
Faixa etária					
20-39 anos	170	91,4	0,977 (0,914-1,043)	1,018 (0,942-1,100)	0,658
40-61 anos	102	93,6	1	1	
Tempo de hospital					
≥ 6 anos	122	96,1	1,076 (1,010-1,146)	1,076 (1,002-1,155)	0,043
≤ 5 anos	150	89,3	1	1	
Unidades hospitalares					
Semicríticas	128	95,5	1,068 (1,001-1,139)	1,059 (0,999-1,124)	0,056
Críticas	144	89,4	1	1	
Categoria profissional					
Enfermeiros	114	89,8	0,954 (0,890-1,024)	0,985 (0,922-1,053)	0,661
Técnicos e auxiliares	158	94,0	1	1	
Hospital 2					
Gênero					
Masculino	6	100,0	1,462 (1,255-1,703)	1,538 (1,198-1,975)	0,001
Feminino	52	68,4	1	1	
Faixa etária					
20-39 anos	46	68,7	0,858 (0,636-1,159)	0,833 (0,601-1,154)	0,271
40-61 anos	12	80,0	1	1	
Tempo de hospital					
≥ 6 anos	26	72,2	1,038 (0,786-1,372)	0,914 (0,679-1,231)	0,555
≤ 5 anos	32	69,6	1	1	
Unidades hospitalares					
Semicríticas	19	95,0	1,510 (1,217-1,874)	1,639 (1,282-2,096)	<0,000
Críticas	39	62,9	1	1	
Categoria profissional					
Enfermeiros	31	73,8	1,093 (0,826-1,448)	1,250 (0,928-1,684)	0,141
Técnicos e auxiliares	27	67,5	1	1	
Hospital 3					
Gênero					
Masculino	6	100,0	1,151 (1,059-1,250)	1,194 (1,043-1,365)	0,010
Feminino	73	86,9	1	1	
Faixa etária					
20-39 anos	56	90,3	1,100 (0,908-1,331)	1,067 (0,901-1,263)	0,453
40-61 anos	23	82,1	1	1	
Tempo de hospital					
≥ 6 anos	28	82,4	0,904 (0,758-1,078)	0,923 (0,795-1,073)	0,297
≤ 5 anos	51	91,1	1	1	

Tabela 7 – (Continuação)

Avaliação negativa					
Variável	N	%	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)	p-valor
Hospital 3					
Unidades hospitalares					
Semicríticas	47	87,0	0,979 (0,839-1,143)	1,004 (0,863-1,169)	0,954
Críticas	32	88,9	1	1	
Categoria profissional					
Enfermeiros	28	90,3	1,045 (0,896-1,218)	1,036 (0,888-1,210)	0,650
Técnicos e auxiliares	51	86,4	1	1	

RP: Razão de prevalência; IC: Intervalo de confiança.

6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE TRABALHO

Embora os questionários de autopreenchimento sejam amplamente utilizados e considerados uma solução quando os pesquisadores precisam colher um grande número de informações em curto espaço de tempo, são considerados longos e tediosos pelos respondentes e podem simplesmente não responder as questões com precisão ou perder o interesse em concluí-los (BODUR; FILIZ, 2009). A taxa de resposta dos questionários deste estudo foi de 79,6%, que se assemelha aos estudos que utilizaram o mesmo instrumento (HSOPSC) (MACEDO et al., 2016; MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016; TOMAZONI et al., 2015; SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015; TOMAZONI et al., 2014).

Quanto às características sociodemográficas e de trabalho dos respondentes da pesquisa, nos três hospitais pesquisados, prevaleceu o sexo feminino, o que corrobora outros estudos (FIOCRUZ; COFEN, 2013; AL-MANDHARI et al., 2014; SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015; LUIZ et al., 2015; SANTIAGO; TURRINI, 2015; AMMOURI et al., 2015; MINUZZI; SALUM; LOCKS., 2016).

A enfermagem surge como profissão feminina, determinada por uma série de interesses econômicos e sociais, pois esta prática era tida como desvalorizada e submissa. Acredita-se que esta situação se deva as relações de cuidado, afago, ajuda, questões que estão atreladas ao estereótipo sexista, construídos historicamente (ALMEIDA et al., 2016). Ainda, a participação masculina na equipe de enfermagem é de 14,4% no âmbito nacional, o que representa um aumento quando comparado a outras décadas (FIOCRUZ; COFEN, 2013).

Corroborando este resultado, estudo realizado com 2.485 enfermeiros formados na Universidade de São Paulo (USP), entre os anos de 1940 a 1990, identificou que apenas 2,4% eram do sexo masculino, o que justifica o exercício da profissão ser predominante entre as mulheres. A autora argumenta que quando estes homens optam pelo curso de enfermagem é por dificuldades financeiras em realizar outra graduação desejada ou pela necessidade de cuidado de algum ente, e ainda acabam sofrendo com a submissão, preconceito e questionados quanto a feminilidade relacionada à profissão, o que explica a baixa representatividade

masculina (Costa, 2016). Fato esse que pode justificar a baixa representatividade masculina na pesquisa em que o número de respondentes dos hospitais 2 e 3 eram de apenas seis profissionais, respectivamente.

A maioria dos respondentes tinha entre 20 e 39 anos, dados que coincidem com a pesquisa sobre perfil de enfermagem realizado pela Fiocruz/Cofen (2013), que analisou o perfil destes profissionais no país, e constatou que 54,1% da equipe de enfermagem estava na faixa etária de 25 a 40 anos.

Quanto à categoria profissional dos respondentes dos três hospitais a maioria eram técnicos ou auxiliares de enfermagem. Estes dados corroboram a pesquisa do Fiocruz/Cofen (2013), em que a maioria dos profissionais de enfermagem eram técnicos ou auxiliares de enfermagem no estado do Paraná.

À exceção foi o hospital 2, no qual a maioria dos respondentes eram enfermeiros, possivelmente pelo maior percentual de perdas de questionários entre os auxiliares e técnicos de enfermagem (33,3%). A *National Quality Forum* (NQF) (2010) considera que quanto maior a cultura de segurança do paciente maior será a motivação dos profissionais a responderem o questionário. Deste modo, é necessário o comprometimento da liderança para a disseminação da temática e garantia do envolvimento dos profissionais.

A maior parte dos respondentes das três instituições hospitalares possuía até 5 anos de atuação nas instituições e nas unidades, resultado este que se equipara a outro estudo (MELLO; BARBOSA, 2013). O tempo de atuação do profissional é considerado um indicador de segurança do paciente, pois representa a rotatividade dos profissionais na instituição, fato que pode comprometer a continuidade do cuidado ao paciente (STANCATO; ZILLI, 2010; CARVALHO et al., 2015). A rotatividade ou *turnover* é considerada uma preocupação global, devido ao aumento dos custos orçamentários para as instituições de saúde e por afetarem a qualidade da assistência e segurança do paciente (RUIZ; PERROCA, JERICÓ, 2016). Entre os fatores associados ao *turnover*, destacam-se a sobrecarga e pressão do trabalho, baixo reconhecimento profissional, conflitos interpessoais, complexidade, a morte e o morrer, situações de emergência, diferentes estilos de liderança, tecnologias diferenciadas e ausência de recursos para qualidade da assistência (PAGNO; FAVERI, 2014).

Além disso, 100,0% dos respondentes atuavam com carga horária de 42 horas semanais e 20,8% possuíam outro vínculo empregatício, dado que se assemelha a estudo realizado em um hospital público de grande porte, com atendimentos de alta complexidade (LUIZ et al., 2015). Segundo estudo que visou identificar a sobrecarga de trabalho através da utilização do instrumento de mensuração de carga de trabalho da enfermagem (Nursing Activities Score), 78% dos incidentes atrelados a pacientes internados em unidades de terapia intensiva, estavam relacionados à categoria profissional da enfermagem. Estas ocorrências foram associadas à sobrecarga de trabalho, além do aditivo de dias de internação e o aumento do risco de óbitos dos pacientes (NOVARETTI et al., 2014).

6.2 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA

O percentual médio de respostas positivas para todas as dimensões da cultura de segurança do paciente segundo a percepção dos profissionais de enfermagem nas três instituições hospitalares foi classificado como fragilizada (49,2%). Esse resultado confirma a maioria dos estudos encontrados no Brasil (ANDRADE et al., 2018; MACEDO et al., 2016; MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016; TOMAZONI et al., 2015; TOMAZONI et al., 2014). Os hospitais 2 e 3 apresentaram uma cultura com potencial de melhoria. Segundo o estudo de Silva-Batalha e Melleiro (2015), que avaliaram a percepção dos profissionais de enfermagem frente a cultura de segurança do paciente identificaram que as unidades pediátricas apresentaram melhores resultados e se mostraram mais seguras e argumentaram que os profissionais que atuam em unidades que realizam atendimento com o público infantil se empenham mais para a garantia do cuidado seguro de forma humanizada. Fato este que pode justificar o resultado do presente estudo, pois o hospital 2 atende exclusivamente o público infantil.

No caso do hospital 3, o fato de realizar atendimentos exclusivamente ao público privado, sugere que os profissionais são expostos a situações que exigem maior dedicação, comprometimento e perfeição, pois enfrentam constantemente situações estressantes relacionadas ao público de atendimento e a rigidez relacionada ao nível hierárquico (VEGRO et al., 2016). Apenas o hospital 1 apresentou uma cultura considerada fragilizada, que pode ser explicada pela

presença do NSP na instituição. O núcleo realiza a disseminação da temática, buscando o envolvimento dos profissionais e lideranças, assim os profissionais tendem a ser mais criteriosos quando o assunto é a segurança do paciente.

Entre as sete dimensões relacionadas à cultura de segurança do paciente no âmbito da organização da unidade/setor, três dimensões foram classificadas como fragilizadas: “Abertura para as comunicações”, “Adequação de profissionais”, “Respostas não punitivas aos erros”. Não houve posições discordantes entre as categorias profissionais e as instituições hospitalares.

Considerando as dimensões classificadas como fragilizadas, a comunicação é uma prática relacionada à interação entre os indivíduos. Alguns fatores são de suma importância para o desenvolvimento da comunicação entre os profissionais, tais como: escuta ativa, envolvimento multiprofissional, liderança ativa, confirmação da compreensão da informação e discussões sobre a assistência (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). No entanto, diante dos resultados nota-se que os profissionais possuem pouca abertura para as comunicações, indicando que as lideranças precisam estabelecer processos de gestão que favoreçam a abertura para a troca de informações, tornando viável a implementação de melhorias com base nos problemas identificados.

Ainda, a abertura da comunicação está relacionada à percepção dos trabalhadores em discutir livremente ao observarem algo que poderiam afetar o paciente. Dados da JCI demonstraram que os problemas relacionados à comunicação podem ser analisados por meio de uma das ferramentas de qualidade da assistência, chamada análise de causa-raiz. Esta ferramenta analisa as causas relacionadas à ocorrência do incidente, a fim de evitar a sua recorrência. Por meio desta análise é possível realizar a definição do problema, análise de suas falhas, identificação das causas, propostas de soluções e acompanhamento dos resultados (BARCELLOS, 2014; MUNIZ et al., 2017).

Falhas na comunicação tem sido um dos principais fatores relacionados à ocorrência de incidentes em instituições hospitalares e como forma de melhoria da comunicação efetiva destacam-se à adesão a treinamentos relacionados a equipe multidisciplinar, autocorreção, a fim de evitar erros por meio da avaliação do incidente, reuniões entre as equipes, realizadas a fim de estimular a transmissão de informações, criação de protocolos de comunicação estruturados, além da

padronização de informações importantes sobre o paciente (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). Segundo informações do IOM dos EUA, a redução dos problemas relacionados aos erros de comunicação poderia economizar 240 bilhões de dólares por ano (INSTITUTE OF MEDICINE, 2010).

A dimensão “Adequação de profissionais” também classificada como área considerada fragilizada segundo os respondentes foi também observada em outros estudos (GAMA; OLIVEIRA; HERNÁNDEZ, 2013; MELLO; BARBOSA, 2013; AGNEW; FLIN; MEARS, 2013; AL-AHMADI, 2009; AL-AWA et al., 2012; AL-MANDHARI et al., 2014; AMMOURI et al., 2015; CHEN; LI, 2010; SORRA; NIEVA, 2004). Este resultado, provavelmente, deve-se a percepção dos profissionais a respeito da carga de trabalho na unidade e à insuficiência de profissionais para a efetiva execução das atividades. Segundo Amaral, Ribeiro e Paixão (2015), os profissionais de enfermagem atuam em condições consideradas inadequadas devido ao ambiente de trabalho e às atividades exercidas. Alguns fatores como: o desgaste psicológico e físico, falta de reconhecimento profissional, falta de materiais, baixa remuneração, necessidade de dupla jornada de trabalho, dimensionamento incorreto dos profissionais e trabalho noturno refletem na insatisfação do trabalhador de enfermagem e na qualidade da assistência prestada. Podendo refletir também na desmotivação e indiferença dos profissionais quanto à notificação dos eventos adversos. Além disso, a carga de trabalho pode contribuir com o esgotamento entre os trabalhadores, considerado como importante fator para causas de falhas, lapsos e erros (UVA; SERRANHEIRO, 2014).

Entre as recomendações apontadas em estudo realizado em unidades de terapia intensiva de adultos, foram citadas: a melhoria do quantitativo de profissionais em todos os turnos de acordo com a demanda por pacientes, redução da sobrecarga de trabalho, melhoria na distribuição da carga horária, criação de estratégias para redução do absenteísmo e promoção de melhores salários para atração da dedicação exclusiva, evitando o duplo vínculo empregatício (MELLO; BARBOSA, 2013).

A notificação dos eventos adversos é considerada um instrumento de informação que favorece a comunicação entre os profissionais e a alta gestão. No entanto, os profissionais apresentam receio de serem responsabilizados pelos erros, por meio de advertências, punições verbais, demissões e processos, o que induz a

subnotificação dos eventos (PAIVA et al., 2014). Deste modo, a dimensão “Respostas não punitivas aos erros” foi considerada pelos respondentes como frágil, o que sugere apreensão dos profissionais ao vivenciarem ou reportarem algum evento adverso, possivelmente por medo dos erros serem utilizados contra eles.

A cultura de culpabilidade atribui ao profissional responsabilidade perante o erro, e impede a identificação de problemas nos processos de trabalho, os quais contribuem para a sua ocorrência. Uma cultura de segurança punitiva desencoraja as notificações de incidentes e impede o aprendizado organizacional (REIS, 2014).

Espera-se que as organizações de saúde sejam compostas por alguns elementos, como uma “cultura justa”, não punitiva em relação à ocorrência de incidentes, uma “cultura de notificação de incidentes”, por meio da notificação de eventos para serem analisados, e uma “cultura de aprendizagem”, que direciona o aprendizado a partir de incidentes passados (WHO, 2009).

Além das dimensões relacionadas ao âmbito da unidade/setor, três dimensões que compõem a cultura de segurança do paciente no âmbito da organização hospitalar também apresentaram uma cultura de segurança considerada fragilizada, entre elas: “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”, “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” e “Transferências internas e passagens de plantão”.

A dimensão “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”, apresentou divergência entre os profissionais enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem, que a classificaram como cultura fragilizada com potencial de melhoria, respectivamente, no hospital 3. Esta diferença pode ser explicada entendendo-se que o enfermeiro é formado para ser um profissional crítico e para liderar a equipe de enfermagem. Para isto, deve buscar constantemente aprimoramento para as práticas clínicas e de gestão. Deste modo, são desafiados diariamente à melhoria contínua dos processos de cuidado e ainda precisam supervisionar equipe interdisciplinar a fim de garantir o cuidado seguro (DIAS et al., 2014). Os enfermeiros precisam de autonomia, apoio e envolvimento de suas lideranças, que precisam conhecer as dificuldades que os profissionais enfrentam no cotidiano e estabelecer uma comunicação efetiva de modo verticalizado.

A palavra apoio está relacionada à segurança, confiança, sustentabilidade, auxílio, proteção, amparo, socorro e implica em agregar algo ao grupo de pessoas,

como bens ou serviços (MOURA; LUZIO, 2014). Assim, a confiança deve ser estabelecida para que os profissionais se sintam seguros para notificar os incidentes ao detectarem um erro e, que a análise das causas gere retorno das informações necessárias aos profissionais de saúde, ciclo que possibilita a criação de melhorias com aprendizado sobre os incidentes e eventos adversos (REIS, 2014).

Considera-se a educação permanente e o apoio institucional estratégias para qualificar o cuidado em saúde. Neste contexto, o papel do apoio é de potencializar as relações entre os profissionais, os processos e atitudes, proporcionando suporte para o planejamento de estratégias e mudanças institucionais (CASANOVA; TEIXEIRA; MONTENEGRO, 2014).

Acredita-se que a gestão hospitalar deva oferecer um clima de trabalho que promova a segurança, além de demonstrar que a segurança do paciente deve ser prioridade e não apenas quando algum evento adverso ocorra. Além disso, o apoio da gestão influencia no modo de comunicação e no incentivo ao trabalho em equipe, que surge como estratégia de promoção da qualidade dos serviços, por meio do estabelecimento de prioridades, redução de intervenções desnecessárias pela comunicação ineficaz, e um olhar diferenciado sobre o processo saúde-doença (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

A dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades de internação” também apresentou divergência entre os enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem, que a classificaram como cultura fragilizada e com potencial de melhoria, respectivamente no hospital 3. Trabalhar em equipe significa comprometimento, empatia e apoio mútuo. No entanto, nota-se que os participantes da pesquisa perceberam a falta de envolvimento entre as equipes que compõem as unidades hospitalares. Ou seja, quando uma unidade necessita de apoio devido ao aumento da demanda de internação, falta de profissionais e existência de atestados, os profissionais de outras unidades não auxiliam.

O fato de a dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades de internação” ter sido considerada fragilizada, pelos respondentes pode apontar que os trabalhadores consideram que as unidades de internação não se encontram coordenadas entre si para oferecer um cuidado seguro. Este resultado também foi verificado em outros estudos (MELLO; BARBOSA, 2013; GAMA; OLIVEIRA; HERNÁNDEZ., 2013; AGNEW; FLIN; MEARS, 2013). Em um estudo realizado em

unidades de terapia intensiva adulto em Florianópolis – SC, no ano de 2011, que contou com 91 profissionais da equipe de enfermagem e 267 recomendações para melhoria da segurança do paciente, a necessidade de manter um bom relacionamento entre as unidades da instituição foi uma das principais recomendações mencionadas (MELLO, BARBOSA, 2013).

A constituição do trabalho em equipe requer a interação entre os profissionais, comunicação e empatia, sendo importante a compreensão da integralidade, troca de conhecimento em busca do mesmo objetivo, e isso não se faz de forma isolada, deve ser construído através da interação entre os profissionais, da exposição de seus sentimentos, habilidades, capacidades e dificuldades, colaborando para a melhoria na qualidade (DUARTE; BOECK, 2015).

A dimensão “Transferências internas e passagens de plantão” apresentou divergência entre os profissionais enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem do hospital 2, que a classificaram como cultura com potencial de melhoria e fragilizada, respectivamente. A passagem de plantão é um momento de suma importância, pois possibilita a informação sobre cuidados específicos e sobre a evolução dos pacientes, com intuito de manter a continuidade do cuidado e a garantia da segurança do paciente.

Em um estudo realizado com 70 profissionais de enfermagem em três unidades de cuidados intensivos neonatais, com o objetivo de identificar os fatores relacionados à segurança do paciente quanto a comunicação no processo de passagem de plantão, foi identificado que os enfermeiros apresentaram melhor percepção relacionada à passagem de plantão quando comparados aos técnicos/auxiliares de enfermagem (GONÇALVES et al., 2016).

Ainda, a perda de informações importantes do cuidado relacionadas ao paciente, tanto por meio das informações transmitidas às unidades de internação e/ou por meio da troca de plantões/turnos entre os profissionais foi classificado como frágil entre os respondentes do estudo, assim como em outros estudos (BUMP et al., 2015; AL-MANDHARI et al., 2014; MELLO; BARBOSA, 2013; AGNEW; FLIN; MEARS, 2013; AL-AWA et al., 2012; CHEN; LI, 2010; SORRA; NIEVA, 2004).

A passagem de plantão/turnos é considerada um momento crítico do cuidado, deste modo, é fundamental a existência de padronização das informações. Além disso, deve ocorrer em lugar determinado e adequado, e em horário pré-

estabelecido. Os profissionais devem estar disponíveis para transmissão das informações necessárias e realização do registro dos itens relevantes ao cuidado (BARCELLOS, 2014).

Alguns fatores interferem na continuidade do cuidado e na qualidade da passagem de plantão, como interrupções, ausência da equipe completa, conversas paralelas, entradas e saídas antecipadas dos profissionais. Deste modo, torna-se necessário a educação da equipe assistencial quanto à importância da passagem de plantão e a necessidade da transmissão das informações para garantia da segurança do paciente (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2016).

Uma estratégia utilizada para melhoria da qualidade na passagem de plantão é a criação de protocolos, *checklist*, e outros instrumentos que auxiliam na transferência de informações, através da mitigação de eventos adversos ocasionados por falhas de comunicação (BUENO et al., 2015). Salienta-se, que nos hospitais estudados a passagem de plantão e a notificação dos eventos são realizadas por meio de um instrumento informatizado, que depende de fatores que auxiliam na passagem de plantão, como: tempo, concentração e ausência de ruídos.

Entre as variáveis de resultados, a variável "Percepções generalizadas sobre segurança do paciente" foi considerada fragilizada por todas as categorias profissionais e entre as instituições hospitalares. O fato de ter sido considerada fragilizada na presente pesquisa justifica-se, possivelmente, pela vulnerabilidade na efetividade de procedimentos e sistemas de prevenção de erros, demonstrando que existem fragilidades nas unidades de internação, que podem prejudicar a segurança do paciente, o que corrobora outros estudos (MELLO; BARBOSA, 2013; GAMA; OLIVEIRA; HERNÁNDEZ, 2013).

Sistemas considerados fiáveis são aqueles que atuam com mecanismos de gestão de riscos e diminuição da ocorrência de erros, pois riscos são esperados nas organizações. Deste modo, acredita-se que a atuação conjunta com os demais níveis hierárquicos em busca de estratégias que visem a prevenção ou mitigação dos riscos, como forma de redução da ocorrência de eventos adversos, torna as organizações de saúde seguras (FRAGATA; SOUSA; SANTOS, 2014).

Ainda, Chassin e Loeb (2011) sugerem três mudanças para que as organizações de saúde se tornem de alta confiabilidade. A primeira é a participação da "liderança", criação de uma "cultura de segurança" justa, por meio da

“confiança” e do “relato” dos incidentes, a fim de que os erros sejam prevenidos no início, antes que representem grandes riscos, e reportados aos profissionais, para que a cultura de segurança seja fortalecida. Como última mudança, mas não menos importante, sugerem a “melhoria”, por meio da utilização de ferramentas de qualidade, que em conjunto desenvolvem estratégias para mitigação de erros relacionados a segurança do paciente.

Mesmo diante do resultado exposto sobre as dimensões classificadas como frágeis, a maioria dos profissionais das instituições classificaram a segurança do paciente como excelente ou muito boa, resultado observado em outros dois estudos brasileiros (ANDRADE et al., 2018; MACEDO et al., 2016). Em países onde a cultura de segurança se encontra melhor classificada, as avaliações são mais criteriosas (MACEDO et al., 2016). Acredita-se que o resultado observado nesta pesquisa mostra que a cultura de segurança do paciente não foi totalmente desenvolvida nas instituições e dá indícios de uma cultura de culpabilidade profissional. Assim, os profissionais precisam estar envolvidos nas questões que impliquem na segurança do paciente para que a gestão hospitalar modifique os processos e rotinas.

Nos hospitais estudados foi identificada elevada frequência de profissionais enfermeiros que não notificaram nenhum evento adverso nos últimos 12 meses, e este papel é restrito a essa categoria profissional. Deste modo, nenhum técnico ou auxiliar possui acesso ao sistema para realização de notificações.

As notificações sobre os eventos adversos devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde ao NSP das instituições hospitalares e é função do profissional responsável pelo núcleo encaminhar todas as notificações analisadas ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS (BRASIL, 2014). Os formulários de notificação devem ser de fácil acesso e disponibilizados a todos os profissionais de saúde para realizarem o preenchimento, de forma anônima e voluntária, pois não possui caráter punitivo e sim epidemiológico. Porém, possivelmente, os profissionais possuem receio em realizar as notificações por medo de punições.

O receio de respostas punitivas e suas consequências relacionadas à administração hospitalar limitam a frequência de relato de eventos adversos. A notificação de eventos é considerada um instrumento importante para aprendizado e melhoria da segurança institucional e por meio desta pode-se adquirir uma cultura de segurança justa e não punitiva (AMMOURI et al., 2015).

6.3 FATORES ASSOCIADOS À PERCEPÇÃO NEGATIVA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Trabalhadores de unidades semicríticas avaliaram negativamente com maior frequência as dimensões “Abertura para as comunicações” na unidade hospitalar 1 e “Respostas não punitivas aos erros” na unidade hospitalar 2. Sugerindo que, os profissionais que atuam em unidades consideradas semicríticas necessitam de um maior aporte relacionado a abertura para a comunicação e segurança de suas respectivas lideranças e precisam se sentir seguros para reportarem os erros de modo que não sejam responsabilizados.

Dentre as unidades críticas que compõe as instituições hospitalares, as unidades de terapia intensiva destacam-se pela necessidade da existência de mecanismos de prevenção de incidentes para a segurança do paciente. Os pacientes internados nesses setores são mais susceptíveis a erros, tendo em vista a gravidade, tanto pela utilização de farmacoterapia de alta vigilância como pela exposição a diversos procedimentos invasivos, o que caracteriza este setor como de alta complexidade (SOUSA; SASSO; BARRA, 2012).

Outro setor considerado crítico dentro das instituições hospitalares é a sala de emergência. Estas possuem diversos fatores que contribuem para o risco de incidentes, dentre eles a superlotação, que leva a sobrecarga dos profissionais de saúde e aumenta o risco de desatenções e lapsos, propiciando o cometimento de erros (GRABOIS; BITTENCOURT, 2014).

Ainda entre as unidades críticas, as perioperatórias são áreas onde os pacientes são submetidos a procedimentos a procedimentos invasivos, e que necessitam de cuidados especializados da equipe de saúde, por meio do conhecimento do fluxo de trabalho e previsão de materiais e equipamentos específicos para as demandas cirúrgicas. Outro fator de extrema relevância e determinante para o cuidado seguro nestas unidades é a comunicação eficaz (CORREGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014).

Entretanto, tanto nas unidades de internação, como as enfermarias, existem procedimentos considerados complexos e que demandam da realização de assistência com segurança e qualidade (MAGALHAES et al., 2015). Segundo estudo

realizado em uma instituição de grande porte que atende usuários do SUS, as unidades de internação foram os locais com maior frequência de relato de incidentes (LORENZINI; SANTI; BÁO, 2014).

Observa-se que as diferentes unidades possuem suas especificidades em relação à dinâmica relacionada aos serviços de saúde e seus distintos serviços ofertados, torna-se importante a avaliação destes contextos para o planejamento de boas práticas para segurança do paciente (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015).

Deste modo, se faz necessário a prática da cultura de segurança justa nas unidades consideradas críticas, devido à complexidade do trabalho e gravidade dos pacientes assistidos, o que acarreta na necessidade da criação de sistemas voltados a prevenção de erros. No entanto, observa-se a falta de comunicação sobre os erros, por medo de represálias e existência de uma cultura punitiva, sendo a comunicação eficaz e relato de eventos adversos necessários para a melhoria da qualidade e segurança do paciente (CLARO et al., 2011; TOMAZONI et al., 2014).

Nos hospitais 2 e 3, o sexo masculino apresentou maior frequência de avaliação negativa da dimensão “Respostas não punitivas aos erros”. O que pode ser justificado pela baixa representatividade masculina no presente estudo, apenas seis participantes.

Os trabalhadores com seis anos ou mais de instituição apresentaram maior frequência de avaliação negativa sobre “Respostas não punitivas aos erros”, na unidade hospitalar 1. Segundo Tomazoni et al (2014), os profissionais tendem a avaliar negativamente à cultura de segurança do paciente à medida que adquirem mais tempo de trabalho.

Ainda, Varallo et al (2014) menciona que existem alguns fatores que estão associados a subnotificação de eventos adversos, sendo eles: medo de punição, falta de conhecimento, insegurança, sentimento de culpa, indiferença e falta de tempo para realização das notificações. A cultura punitiva desencoraja os profissionais de saúde a notificarem os incidentes e a negligenciarem a análise de suas causas (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016). Deste modo, torna-se necessário a iniciativa dos gestores para análise das causas que colaboram para a ocorrência dos incidentes e necessidade da realização de intervenção para mudança de uma cultura punitiva para uma cultura justa.

Além disto, aprender com os erros é uma estratégia para o desenvolvimento de uma cultura de segurança, à medida que os incidentes forem notificados, maior será a probabilidade de corrigir e evitar a sua recorrência. Um mecanismo importante para modificação deste conceito é a educação permanente em saúde, além da necessidade de reformulação da estrutura curricular dos cursos de graduação em saúde, com a inserção do referencial segurança do paciente (WEGNER et al., 2016).

6.4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Dentre as fragilidades deste estudo, a realização da pesquisa com parte da equipe multiprofissional, e não com o todo, impossibilitou identificar a percepção dos demais profissionais da saúde.

Como aspectos positivos destaca-se a coleta de dados primários, que proporciona o desenvolvimento de ações e intervenções em tempo real, bem como traz a visão de diferentes instituições hospitalares. Outro ponto importante, foi relacionado a operacionalização da coleta de dados, visando atender as necessidades dos profissionais das instituições e colaborando para não prejudicar o processo de trabalho, que possibilitou maior número de questionários respondidos.

7 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cultura de segurança do paciente segundo a percepção dos profissionais de enfermagem nas três instituições hospitalares foi classificada como frágil (49,2%). O que mostra a necessidade de discussão sobre o assunto e de mudanças de estratégias para melhoria da qualidade da assistência e promoção do cuidado seguro.

Deste modo, a comunicação, o trabalho em equipe entre as unidades, as transferências de informações sobre os cuidados ao paciente, o baixo número de funcionários e de notificações de eventos adversos, a punição perante o relato, e o baixo apoio da gestão para a segurança do paciente são considerados pelos profissionais aspectos que precisam ser melhorados.

Além disso, os profissionais que atuam em unidades semicríticas no hospital 1 avaliam negativamente com maior frequência a dimensão “abertura para as comunicações”. Assim como os profissionais que atuam há mais de seis anos na instituição hospitalar 1, os trabalhadores do sexo masculino no hospital 2 e 3 e os respondentes das unidades semicríticas no hospital 2, que avaliam negativamente com maior frequência a dimensão “respostas não punitivas aos erros”.

Com isso, é importante que os profissionais não tenham receio de notificar e que tenham o apoio da gestão para que o erro não seja tratado de forma punitiva. Deste modo, a gestão deve realizar a análise dos incidentes utilizando as ferramentas de qualidade, para visualizar as barreiras que estão sendo “danificadas” durante o processo, possibilitando a devida tratativa do incidente de forma educativa e não punitiva. Assim a cultura de segurança será construída ou modificada de forma segura.

A punição perante o erro leva o profissional a subnotificar os incidentes cometidos ou visualizados e impossibilita a devida análise e planejamento de melhorias para a promoção do cuidado seguro, por meio do aprendizado organizacional.

Acredita-se que a partir da melhoria da comunicação entre os profissionais da equipe multiprofissional, chefia e alta gestão pode haver mudanças de atitudes e valores institucionais relacionados à comunicação. Os profissionais precisam ter liberdade para se expressarem quando visualizarem algum erro que possa

prejudicar o paciente, assim como precisam de abertura para esclarecimento de dúvidas, por falta de compreensão dos comandos estabelecidos por outros profissionais.

Assim, sugere-se a realização de novos estudos no âmbito nacional sobre a cultura de segurança do paciente em diferentes organizações hospitalares e diferentes gestões, além do desenvolvimento de estudos qualitativos buscando aprofundar a temática entre os diversos profissionais de saúde, e ainda estudos envolvendo fatores associados à criação ou modificação da cultura também poderiam contribuir para uma melhor compreensão.

8 REFERÊNCIAS

- ADVISORY COMMITTEE ON THE SAFETY OF NUCLEAR INSTALLATIONS (ACSNI). **Study Group On Human Factors, Third Report: Organising For Safety**. London: HmsO, 1993.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHQR). **Hospital survey on patient safety culture**. 2004.
- AGNEW, C; FLIN, R; MEARS, K. Patient safety climate and worker safety behaviours in acute hospitals in Scotland. **Journal of safety research**, Aberdeen, v. 24, n. 2. 2013.
- AL-AHMADI, T. A. Measuring patient safety culture in Riyadh's hospitals: a comparison between public and private hospitals. **The journal of the Egyptian public Health Association**, v. 84, n. 5-6, jan. 2009.
- AL-AWA, B. et al. Benchmarking the post-accreditation patient safety culture at King Abdulaziz University Hospital. **Annals of Saudi medicine**, v. 32, n. 2, mar. 2012.
- AL-MANDHARI, A. et al. Patient safety culture assessment in Oman. **Oman medical journal**, v. 29, n. 4, jul. 2014.
- ALAHMADI, H. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. **Quality and safety in health care**, v. 19, n. 5, apr. 2010.
- ALMEIDA, D. B. et al. Estereótipos sexistas na enfermagem portuguesa: Um estudo histórico no período de 1935 a 1974. **Revista escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, abr. 2016.
- AMARAL, J. F; RIBEIRO, J. P; PAIXÃO, D. X. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista espaço para a saúde**, v. 16, n. 1, jan. 2015.
- AMMOURI, A. A. et al. Patient safety culture among nurses. **International nursing review**, v. 62, n. 1, dez. 2015.
- ANDRADE, L. E. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 161-172. 2018.
- BAGNASCO, A. et al. Patient safety culture: an Italian experience. **Journal of clinical nursing**, v. 20, n. 7-8, jan. 2011.
- BARCELLOS, G. B. Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente. In: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (Org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 1. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 139-158.

BIDDISON, E. L. D. et al. Associations between safety culture and employee engagement over time: a retrospective analysis. **BMJ quality & safety**, v. 25, n. 1, maio. 2016.

BIRKMEYER, N. J. O. et al. Safety culture and complications after bariatric surgery. **Annals of Surgery**, v. 257, n. 2, feb. 2013.

BODUR, S; FLIZ, E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 5, p. 348-355, oct. 2009.

BUMP, G. M. et al. Evaluating the clinical learning environment resident and fellow perceptions on patient safety culture. **Journal of graduate medical education**, v. 7, n.1, mar. 2015.

BRASILE, I. et al. Health care professionals' attitudes regarding patient safety: cross-sectional survey. **BMC research notes**, v. 9, n. 1, feb. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.012, de 1º de dezembro de 2009. Regulamento Técnico Mercosul para Produtos com Ação Antimicrobiana Utilizados em Artigos Críticos e Semicríticos, Áreas Críticas e Semicríticas e esterilizantes" e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 dez. 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 nov. 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 1.443, de 11 de outubro de 2012. Institui grupo de trabalho para elaboração e implementação do "Plano de ação para a segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde". **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 out. 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jul. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 set. 2013c.

BRASIL. 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**, Brasília, DF, 23 abr. 2013d.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do

paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jul. 2013e.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária – NOTIVISA**. Módulo Assistência à Saúde, 2014. Disponível em: <www8.anvisa.gov.br/notivisa/frmlogin.asp>.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo demográfico**, 2015. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/default.shtm>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Rede Sentinela**: histórico. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/historico.htm>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Relatório de Eventos Adversos (EA)** período de março de 2014 a janeiro de 2018. Brasília, DF, 2018.

BUENO, B. R. M. et al. Caracterização da passagem de plantão entre ou unidade centro cirúrgico unidade de terapia intensiva. **Cogitare enfermagem**, v. 20, n. 3, jul-set. 2015.

CARVALHO, P. A. et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, v. 23, n. 6, nov. 2015.

CASANOVA, A. O; TEIXEIRA, M. B; MONTENEGRO, E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do programa TEIAS – escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, nov. 2014.

CASTAÑEDA-HIDALGO, H. et al. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. **Ciencia y enfermería**, v. 19, n. 2, jul. 2013.

CHASSIN, M. R; LOEB, J. M. The ongoing quality improvement journey: next stop, high reliability. **Health Affairs**, v. 30, n. 4. apr. 2011.

CHEN, I. C; LI, H. H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). **BMC Health Services Research**, v. 10, n. 1, oct. 2010.

CLARO, C. M. et al. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, maio. 2011.

CORREGGIO, T. C; AMANTE, L. N; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **SOBECC**, v. 19, n. 2, abr. 2014.

COSTA, K, S. **Homens na enfermagem: inserção, vivencia e trajetória profissional**. 2016. 196 f. Dissertação (Mestrado em gerenciamento em enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

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

DIAS, J. D. et al. Compreensão de enfermeiros sobre a segurança do paciente e erros de medicação. **Revista mineira de enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 874-880, out. 2014.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment**. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.

DUARTE, M. L. C; BOECK, J. N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. **Revista trabalho e educação em saúde**, v. 13, n. 3, p. 709-720, set. 2015.

EL-JARDALI, F. et al. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. **BMC health services research**, v. 14, n. 1, fev. 2014.

ELSOUS, A. et al. Nursing perceptions of patient safety climate in the Gaza Strip, Palestine. **International Nursing Review**, v. 64, n. 3, p. 446-454, set. 2017.

FARZI, S. et al. Patient safety culture in intensive care units from the perspective of nurses: a cross-sectional study. **Iranian journal of nursing and midwifery research**, v. 22, n. 5, p. 372-376. 2017.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta paulista de enfermagem**. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, jun. 2005.

FERMO, V. C. et al. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 37, n. 1, mar. 2016.

FERMO, V. C. et al. Cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 68, n. 6, nov. 2015.

FIOCRUZ/COFEN. **Pesquisa perfil da enfermagem no Brasil**. 2013. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>.

FRAGATA, J; SOUSA, P; SANTOS, R. S. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (Org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 1. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 17-36.

FREITAS, M. E. Cultura organizacional: o doce controle no clube dos raros. In: Motta FCP; Caldas MP (Org). **Cultura organizacional e cultura brasileira**. São Paulo: Atlas; 1997. p. 293-304.

GABRANI, A. et al. Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a cross-sectional study. **BMJ open**, v. 5, n. 4, apr. 2015.

GALLEGO, B. et al. Investigating patient safety culture across a health system: multilevel modelling of differences associated with service types and staff demographics. **International journal for quality in health care**, v. 24, n. 4, ago. 2016.

GAMA, Z. A. S; OLIVEIRA, A. C. S; HERNÁNDEZ, P. J. S. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos Españoles. **Cadernos de saúde pública**, v. 29, n. 2, fev. 2013.

GEHRING, K. et al. Safety climate in Swiss hospital units: Swiss version of the Safety Climate Survey. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 21, n. 2, apr. 2015.

GONÇALVES, M. I. et al. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidade de cuidados intensivos neonatais. **Texto & Contexto enfermagem**, v. 25, n. 1. 2016.

GRABOIS, V; BITTENCOURT, R. Superlotação dos serviços de emergência In: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (Org.). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde seguras**. 1. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 197-316.

GUPTA, B; GULERIA, K; ARORA, R. Patient safety in obstetrics and gynecology departments of two teaching hospitals in Delhi. **Indian Journal of Community Medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine**, v. 41, n. 3, p. 235, jul. 2016.

HUDSON, P. Aviation safety culture. **Safeskie**, p. 1-23. 2001.

HUTCHINSON, A. et al. Use of a safety climate questionnaire in UK health care: factor structure, reliability and usability. **Quality and safety in health care**, v. 15, n. 5, p. 347-353, out. 2006.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **The healthcare imperative: lowering costs and improving outcomes: workshop series summary**. Washington, DC: The National Academies Press; 2010.

JHA, A. K. et al. The global burden of unsafe medical care: analytic model of observational studies. **British medical journal quality & safety**, London, v. 22, n. 10, oct. 2013.

KHATER, W. A. et al. Nurses' perceptions of patient safety culture in Jordanian hospitals. **International nursing review**, v. 62, n. 1, p. 82-91, mar. 2015.

KOHN, K. T; CORRIGAN, J. M; DONALDSON, M. S, editors. To err is human: building a safer health system. **Washington, DC (US): National Academy Press**, Institute of Medicine; 2000.

KOLANKIEWICZ, A. C. et al. Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. **Acta paulista de enfermagem**, v. 30, n. 5, p. 531-537. 2017.

KRISTENSEN, S. et al. Adaption and validation of the Safety Attitudes Questionnaire for the Danish hospital setting. **Clinical epidemiology**, v. 7, n. 2, fev. 2015.

LISTYOWARDOJO, T. A; NAP, R. E; JOHNSON, A. Demographic differences between health care workers who did or did not respond to a safety and organizational culture survey. **BMC research notes**, v. 4, n. 1, p. 1. 2011.

LIU, C. et al. Patient safety culture in China: a case study in an outpatient setting in Beijing. **BMJ quality & safety**, v. 232, n.4, nov. 2013.

LOPES, L. M. M.; SANTOS, S. M. P. Florence Nightingale: apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. **Revista de enfermagem referência**, v. 3, n.2, p. 181-189, dez. 2010.

LORENZINI, E; SANTI, J. A. R; BÃO, A. C. P. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 35, n. 2. 2014.

LUIZ, R. B. et al. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 880-887, out. 2015.

MACEDO, T. R. et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 50, n. 5, p. 757-763. 2016.

MAGALHÃES, A. M. M. et al. Processos de medicação, carga de trabalho e a segurança do paciente em unidades de internação. **Revista da escola de enfermagem da USP**. 2015; 49(Esp):43-50.

MELLO, J. F. de; BARBOSA, S. de F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto & Contexto enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, out. 2013.

MINUZZI, A. P; SALUM, N. C; LOCKS, M. O. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto & Contexto-enfermagem**, v. 25, n. 2. 2016.

MOURA, R. H; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface. Comunicação em saúde**, v. 18, n. 1, p. 957-970. 2014.

MUNIZ, G. F. et al. Análise da causa raiz no processo produtivo por meio do uso de ferramentas da qualidade. **DI Factum**, v. 1, n. 1, maio. 2017.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY (NPSA). **Seven steps to patient safety for primary care** - The full reference guide, 2006.

NATIONAL QUALITY FORUM (NQF). **Safe Practices for Better Healthcare–2010 Update: A Consensus Report**. Washington: NQF; 2010

NGUYEN, G. et al. Validation of the safety attitudes questionnaire (short form 2006) in Italian in hospitals in the northeast of Italy. **BMC health services research**, v. 15, n. 1, p. 1, jul. 2015.

NIE, Y. et al. Hospital survey on patient safety culture in China. **BMC health services research**, v. 13, n. 1, p. 1. 2013.

NOGUEIRA, J. W. S; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare enfermagem**, v. 20, n. 3. 2015.

NORONHA, J. C; COSTA JUNIOR, H; SOUSA, P. Acreditação e segurança o paciente. In: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (Org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 1. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 55-74.

NOVARETTI, M. C. Z. et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 67, n. 5. 2014.

PAGNO, M; FAVERI, F. Rotatividade da equipe de enfermagem: análise dos fatores relacionados. **Revista inovação hospitalar e inovação em saúde**, Belo Horizonte, v. 11, n. 2, p. 136-42. 2014.

PAIVA, M. C. M. S. et al. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 747-754, set. 2014.

PIMENTEL, M. P. T. et al. Safety culture in the operating room: variability among perioperative healthcare workers. **Journal of patient safety**. 2017.

POZO, M. F; PADILLA, M. V. Assessment of the patient-safety culture in a healthcare district. **Revista de calidad asistencial: organo de la sociedad espanola de calidad asistencial**, v. 28, n. 6, p. 329-336. 2013.

PROFIT, J. et al. Comparing NICU teamwork and safety climate across two commonly used survey instruments. **BMJ Quality Safety**. 2015.

QUILLIVAN, R. R. et al. Patient Safety Culture and the Second Victim Phenomenon: Connecting Culture to Staff Distress in Nurses. **The joint commission journal on quality and patient safety**, v. 42, n. 8, p. 377-386, ago. 2017.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, n. 30, mar. 2000.

REBRAENSP. **Acordos Básicos de Cooperação na Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**. São Paulo, SP: Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. 2009.

REIS, C. T. Cultura de segurança do paciente. In: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (Org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 1. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 75-100.

REIS, C. T. A. **Cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. 217 f. (Tese de doutorado). - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2013.

RIBELIENE, J. et al. Patient safety culture in obstetrics and gynecology and neonatology units: the nurses' and the midwives' opinion. **Journal of maternal fetal and neonatal medicine** , v. 22, n. 7. 2018.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta paulista de enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 728-735. 2012.

RUIZ, P. B. O; PERROCA, M. G; JERICÓ, M. C. Custo da rotatividade da equipe de enfermagem em hospital de ensino. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 50, n. 1, p.104-111, jun. 2016.

SANTIAGO, T. H. R; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 123-130. 2015.

SATURNO, P. J. et al. Analysis of the patient safety culture in hospitals of the Spanish National Health System. **Medicina clinica**, v. 131, p. 18-25. 2008.

SEXTON, J. B. et al. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Serv Res**, v. 44, n. 6, apr. 2006.

SILVA-BATALHA, E. M. S. S; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. **HU revista**, v. 42, n. 2, jul. 2016.

SILVA-BATALHA, E. M. S. S; MELLEIRO, M. M. Cultura, de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto & Contexto enfermagem**, v. 24, n. 2, abr. 2015.

SILVA, N. D. M. et al. Segurança do paciente na cultura organizacional: percepção das lideranças de instituições hospitalares de diferentes naturezas administrativas. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 490-497. 2016.

SILVA, S. C. A. **Culturas de segurança e prevenção de acidentes de trabalho numa abordagem psicossocial: valores organizacionais declarados e em uso**. 2003. 385 f. (Tese de doutorado em Psicologia Social e Organizacional) – Departamento de Psicologia Social e das Organizações–Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa. 2003.

SKODOVÁ, M; VELASCO, R. M. J; FERNÁNDEZ, S. M. A. Opinion of healthcare professionals on patient safety in a primary level hospital. **Revista de calidad asistencial: organo de la sociedad espanola de calidad asistencial**, v. 26, n. 1, p. 33-38. 2011.

- SORRA, J. S; NIEVA, V. F. Hospital survey on patient safety culture. Rockville, MD: **Agency for healthcare research and quality**. 2004.
- SOUSA, P. A. F. de; SASSO, G. T. M. D.; BARRA, D. C. C. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Texto & contexto enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 971-979, dec. 2012.
- SOUZA, R. F. F, de. **Estudos exploratórios das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro**. 2014. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
- STANCATO, K; ZILLI, P. T. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de saúde: uma revisão de literatura. **Revista administração em saúde**, v. 12, n. 47, p. 87-99. 2010.
- TOMAZONI, A. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 161-9, jan. 2015.
- TOMAZONI, A. et al. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 755-763, set. 2014.
- TONDO, J. C. A; GUIRARDELLO, E, B. Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 70, n. 6, p 1355-1360, nov. 2017.
- TOSO, G. L. et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. **Revista gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 4. 2016.
- UVA, A. S; SERRANHEIRO, F. Saúde do trabalhador, ergonomia e segurança do paciente. In: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (Org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 1. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 115-138.
- VARALLO, F. R. et al. Causas del subregistro de los eventos adversos de medicamentos por los profesionales de la salud: revisión sistemática. **Revista escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 739-747, aug. 2014.
- VEGRO, T. C. et al. Cultura organizacional de um hospital privado. **Revista gaúcha de enfermagem**, São Paulo, v. 37, n. 4, jun. 2016.
- WEGNER, W. et al. Educação para cultura de segurança do paciente: Implicações para a formação do profissional. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 3, set. 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety. Forward programme**. Geneva. 2004.

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

ZHANG, F. et al. Exploring relationships between first-line nurse manager's safety attitudes and safety factors in Henan, China. **Journal of nursing management**, v. 26, n. 3, p. 314-320. 2017.

ANEXOS

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Olá Desirée,

Desde já a parabenizo por seu trabalho e desejo-lhe boa sorte.

O instrumento, na versão que adaptei para o Brasil, está autorizado pela AHRQ para ser utilizado. Atenção à citação da AHRQ, do artigo de minha autoria e a minha tese. Isto porque o artigo da psicometria está aceito mas ainda não foi publicado. Logo, para atestar a validade, o mais certo até o momento é citar a tese.

A versão final do instrumento está disponível no Proqualis, através do link <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002442leoxaL.pdf>

Um abraço,

Cláudia Tartaglia Reis

ANEXO B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS



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 notificações/relato de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida.

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

Um **evento** é definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independentemente 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 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.

H 1	
<input type="checkbox"/> Unidade de internação 1	<input type="checkbox"/> Unidade de internação 2
<input type="checkbox"/> Unidade de internação 3	<input type="checkbox"/> Unidade de internação 4
<input type="checkbox"/> Unidade de Internação 5	<input type="checkbox"/> Unidade de Internação 6
<input type="checkbox"/> Unidade de Internação 7	<input type="checkbox"/> Unidade de Internação 8
<input type="checkbox"/> UTI 1	<input type="checkbox"/> UTI 2

<input type="checkbox"/> UTI 3	<input type="checkbox"/> UTI 4
<input type="checkbox"/> CC	
H 2	
<input type="checkbox"/> Unidade de Internação pediátrica	<input type="checkbox"/> Pronto atendimento
<input type="checkbox"/> Unidade de terapia intensiva pediátrica	<input type="checkbox"/> Unidade de terapia intensiva neonatal
<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> Outros, qual?
H 3	
<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento	<input type="checkbox"/> CC
<input type="checkbox"/> Unidade de Internação 1	<input type="checkbox"/> Unidade de Internação 2
<input type="checkbox"/> Unidade de Internação 3	<input type="checkbox"/> Unidade de Internação 4
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Outros, qual?

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

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

6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	() 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, enganos ou falhas podem ser usados contra eles	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
9. Erros, enganos ou falhas tem levado a mudanças positivas por aqui	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
10. É apenas por acaso, que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
12. Quando um evento é relatado/notificado, parece que o foco recai sobre o profissional 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, enganos ou falhas 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/chefia direta

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 unidade de trabalho no hospital.....	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu supervisor/chefe imediato 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 imediato 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 aumente, meu supervisor/chefe imediato quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
4. O meu supervisor/chefe imediato 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 unidade de trabalho no hospital.....	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nós recebemos informações sobre mudanças implementadas	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5

no setor em relação as notificações de eventos adversos					
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 supervisores/chefe imediato	() 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 bem	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5

Seção D: Frequência de eventos relatados

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

Pense na sua unidade de trabalho no hospital.....	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre um erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente , com que frequência ele é notificado/relatado?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
2. Quando ocorre um erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente , com que frequência ele é notificado/relatado?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
3. Quando ocorre um erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente , mas não causa, com que frequência ele é notificado/relatado?	() 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 na sua unidade de trabalho no hospital.....	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo, Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	() 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 hospital que precisam trabalhar em conjunto	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou turno de trabalho	() 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

() 6 a 10 anos

() 21 anos ou mais

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

() Menos de 20 horas por semana () 60 a 79 horas por semana

() 20 a 39 horas por semana () 80 a 99 horas por semana

() 40 a 59 horas por semana () 100 horas por semana ou mais

4. Você possui outros **vínculos de trabalho**?

() Sim

() Não

Quantos? _____

5. Normalmente, quantas **horas por semana** você trabalha em **outros vínculos de trabalho**?

() Menos de 20 horas por semana () 60 a 79 horas por semana

() 20 a 39 horas por semana () 80 a 99 horas por semana

() 40 a 59 horas por semana () 100 horas por semana ou mais

6. Qual é o **cargo/função** neste hospital? Selecione uma resposta que melhor descreva a sua posição pessoal

() Enfermeiro

() Técnico de enfermagem

() Auxiliar de enfermagem

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

() Sim, em geral **tenho interação ou contato direto com os pacientes**

() Não, em geral **não tenho interação ou contato direto com os paciente**

8. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? _____anos.

9. Qual o seu grau de instrução:

() Primeiro grau (ensino básico) () Ensino superior incompleto
incompleto

Primeiro grau (ensino básico) Ensino superior completo completo

Segundo grau (ensino médio) incompleto Pós-graduação (nível especialização)

Segundo grau (ensino médio) completo Pós-graduação (nível mestrado ou doutorado)

10. Qual a sua idade? _____ anos

11. Indique seu sexo:

Feminino

Masculino

Seção I: Seus comentários

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

Cite 1 recomendação relacionada a sua unidade, que ajudaria a melhorar a segurança do paciente em sua unidade/instituição.

Obrigada por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

ANEXO C - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Pesquisador: DESIREE ZAGO SANCHIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63345616.9.0000.0099

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.898.357

Apresentação do Projeto:

A percepção de profissionais de Saúde frente a cultura de Segurança do Paciente.

Trata-se de um trabalho de pesquisa para o mestrado.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL: Avaliar a percepção dos profissionais acerca das dimensões de cultura de segurança do paciente em um complexo hospitalar em município grande porte do norte do Paraná.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar a população de estudo segundo variáveis sociodemográficas.
- Comparar as percepções sobre as dimensões relacionadas a cultura de segurança do paciente entre os distintos hospitais presentes no complexo.
- Analisar diferenças de percepção acerca das dimensões relacionadas a cultura segurança do paciente entre categorias de profissionais de saúde que atuam na instituição (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos).
- Analisar as recomendações propostas pela equipe médica, de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não há riscos direto para os participantes, pois será empregado método retrospectivo de



Continuação do Parecer: 1.898.357

pesquisa e não será utilizada nenhuma intervenção ou modificação fisiológica, psicológica, moral, social e cultural aos participantes.

Benefícios: Não há benefícios diretos para os participantes. No final do estudo será possível compreender a cultura de segurança nas organizações hospitalares, possibilitando que intervenções sejam feitas para o fortalecimento, somando possibilidades de melhoria do cuidado de saúde prestado aos pacientes nas organizações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trabalho relevante frente esta nova proposta de segurança do atendimento ao cliente. Creio que a instituição estudada terá um grande aporte para o diagnóstico de seus colaboradores e poderá propor ações que visem a Segurança do Paciente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo. Foi atendida às recomendações para a melhoria e clareza do TCLE.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_835628.pdf	03/01/2017 18:44:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	texto_dissertacao.docx	03/01/2017 18:43:02	DESIREE ZAGO SANCHIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/01/2017 18:42:20	DESIREE ZAGO SANCHIS	Aceito
Outros	InstrumentoParaColetaDeDados.docx	07/12/2016 23:38:43	DESIREE ZAGO SANCHIS	Aceito
Outros	AutorizacaoParaUtilizacaoDoQuestionario.docx	07/12/2016 23:37:23	DESIREE ZAGO SANCHIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	CartadeApresentacaoaoCEP.docx	07/12/2016 23:35:46	DESIREE ZAGO SANCHIS	Aceito



Continuação do Parecer: 1.898.357

Ausência	CartadeApresentacaoaoCEP.docx	07/12/2016 23:35:46	DESIREE ZAGO SANCHIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoDeCompromissoDeUtilizacaoDeDados.docx	07/12/2016 23:34:27	DESIREE ZAGO SANCHIS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	07/12/2016 23:32:54	DESIREE ZAGO SANCHIS	Aceito
Outros	TermoDeAutorizacaoDeAplicacaoDoQuestionario.pdf	07/12/2016 23:30:21	DESIREE ZAGO SANCHIS	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	07/12/2016 23:29:04	DESIREE ZAGO SANCHIS	Aceito

Situação do Parecer:

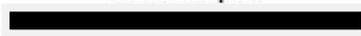
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 25 de Janeiro de 2017

Assinado por:



(Coordenador)



APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Nós, Desirée Zago Sanchis e Professora Doutora Ana Maria Rigo Silva, abaixo assinados, pesquisadores envolvidos no projeto de título: **Percepção dos profissionais de enfermagem frente a cultura de segurança do paciente em instituições de alta complexidade**, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados na instituição de estudo, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. 466/2012 do Ministério da Saúde.

Informo que os dados a serem coletados dizem respeito à percepção dos profissionais de saúde frente à cultura de segurança do paciente, por meio de um questionário estruturado e validado para a língua portuguesa, cuja coleta de dados será realizada no período de janeiro a junho de 2017.

Londrina, 01 de dezembro de 2016.

Nome	R.G.	Assinatura
Desirée Zago Sanchis	10.554.060 - 4	<hr/>
Ana Maria Rigo Silva	3.300.478 - 8	<hr/>

APÊNDICE B - SOLICITAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO NA
INSTITUIÇÃO DE ESCOLHA

Londrina, 01 de dezembro de 2016.

Prezada Gerente de enfermagem

Eu, Desiree Zago Sanchis, venho respeitosamente solicitar autorização aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos EUA para mensurar a cultura de segurança do paciente entre os profissionais de instituições de saúde.

Os dados serão utilizados para a elaboração da dissertação referente ao Mestrado Acadêmico: **Percepção dos profissionais de enfermagem frente a cultura de segurança do paciente em instituições de alta complexidade**, que tem como objetivo geral analisar a percepção de profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente em instituições de alta complexidade em município de grande porte do norte do Paraná. Certa da compreensão e apoio desta instituição agradeço a colaboração e fico responsável por fornecer todas as informações que se fizerem necessárias.

Desirée Zago Sanchis
Pesquisadora Responsável

Ana Maria Rigo Silva
Professora Orientadora

Londrina, 01 de dezembro de 2016.

APÊNCIDE C - CARTA DE APRESENTAÇÃO AO CEP

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa

A/c [REDACTED]

Coordenadora do CEP

Encaminho ao Comitê de Ética em Pesquisa da [REDACTED] – [REDACTED] o Projeto de Pesquisa: **PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM INSTITUIÇÕES DE ALTA COMPLEXIDADE**, de autoria de Desiree Zago Sanchis sob a orientação da Prof^a.Dr^a Ana Maria Rigo Silva, para ser avaliado do ponto de vista ético.

Informo que o trabalho será iniciado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Asseguramos que este estudo, se aprovado, será realizado dentro dos maiores rigores científicos.

Nesta oportunidade aproveitamos para reiterar a V.S^a nossos protestos de elevada estima e distinta consideração.

Atenciosamente,

Desirée Zago Sanchis
Pesquisadora responsável

Ana Maria Rigo
Professora Orientadora

APÊNCIDE D – TERMO DE CONSENTIMENTO

Pesquisadora responsável: Desirée Zago Sanchis

Orientadora: Ana Maria Rigo Silva

TERMO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convidado a participar, como voluntário (a) da pesquisa “Percepção dos profissionais de enfermagem frente a cultura de segurança do paciente em instituições de alta complexidade”. Essa pesquisa terá como produto uma dissertação de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina - UEL. Analisar a percepção de profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente em instituições de alta complexidade em município de grande porte do norte do Paraná., por meio do questionário: *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais), desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (Agência de Pesquisa e Qualidade em Serviços de Saúde) dos Estados Unidos da América (EUA) para mensurar a cultura de segurança do paciente entre os profissionais de instituições de saúde. Caso concorde em participar, você contribuirá para a compreensão da cultura de segurança nas organizações hospitalares brasileiras, possibilitando que intervenções sejam feitas para o seu fortalecimento, somando possibilidades à melhoria do cuidado de saúde prestado aos pacientes nessas organizações. Diante disso, você preencherá um questionário cujas questões são relacionadas á cultura de segurança e algumas características sociodemográficas, como idade, sexo, formação profissional, turno e local de trabalho. As informações obtidas através dessa pesquisa são totalmente confidenciais e o sigilo sobre sua participação é assegurado, portanto não terá riscos ou benefícios diretos a você. Os resultados serão utilizados estritamente para fins acadêmicos, congressos, reuniões técnico-científicas, revistas de saúde pública, sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições e serão guardados, sob minha responsabilidade, por dois anos, e posteriormente destruídos. A sua participação não é obrigatória. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. E a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. Caso você concorde em fazer parte desse estudo, assine ao final desse documento, as duas vias: uma delas é sua, e a outra da pesquisadora responsável.

Eu, _____, aceito voluntariamente participar desta pesquisa e assino o presente documento que dará autorização para utilização dos dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

Londrina, ____ de _____ de 2017.

Assinatura