



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANDREIA KARLA DE CARVALHO BARBOSA CAVALCANTE**

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL DE  
ENSINO**

**TERESINA  
2017**

ANDREIA KARLA DE CARVALHO BARBOSA CAVALCANTE

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL DE  
ENSINO

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de Concentração:** Enfermagem no Contexto Social Brasileiro

**Linha de Pesquisa:** Políticas e Práticas Sócio-Educativas em Enfermagem

**Orientadora:**  
Prof<sup>a</sup> Dra. Lidya Tolstenko Nogueira

TERESINA  
2017

**Universidade Federal do Piauí**  
**Serviço de Processamento Técnico**  
**Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde**

C376a Cavalcante, Andreia Karla de Carvalho Barbosa.  
Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospital de ensino /  
Andreia Karla de Carvalho Barbosa Cavalcante. -- 2017.  
124 f. il.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Piauí, Pós-  
Graduação em Enfermagem, 2017.  
"Orientadora: Profa. Dra. Lidya Tolstenko Nogueira."  
Bibliografia

1. Avaliação em saúde. 2. Segurança do paciente. 3. Hospital. 4.  
Trabalhadores de saúde. I. Título. II. Teresina -- Universidade Federal do  
Piauí.

CD 344.0419

ANDREIA KARLA DE CARVALHO BARBOSA CAVALCANTE

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL DE  
ENSINO

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Aprovada em:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Lidya Tolstenko Nogueira - Presidente  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

---

Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra – 1ª Examinadora  
Universidade Federal do Goiás – UFG

---

Profa. Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino - 2ª Examinadora  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

---

Profa. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo - Suplente  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

**“Nenhum obstáculo é grande demais  
quando confiamos em Deus”**  
(Aristóteles)

Dedico essa dissertação aos meus pais, **Jacilino e Gertrudes**, que são exemplo de luta e dedicação.

As minhas filhas, **Lícia Camille e Laís Fernanda**, pelo apoio e paciência pelo tempo que tive de abdicar de nossa convivência para realizar meu sonho.

Ao meu marido, **Silvanio**, companheiro de todas as horas.

Aos meus irmãos, **Adriano, Jacilina e Karine**, pela união e cumplicidade.

A todos familiares, em especial a **Tia Rita**, e amigos pela torcida de mais essa conquista.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus** pela proteção contínua, por guiar os meus caminhos, possibilitar oportunidades, orientar minhas decisões e aliviar os momentos de angústia e que, em sua infinita bondade, colocou muitos anjos em meu caminho, deu-me forças neste percurso e me carregou nos braços quando porventura a caminhada estava difícil. A Ele a glória, a Ele o louvor.

À intercessão de Jesus, em nome de todos os santos, por mais uma graça alcançada.

À minha orientadora, **Dra. Lidya Tolstenko Nogueira**, minha gratidão pela orientação deste trabalho e por me proporcionar experiências que contribuíram para minha formação profissional, exemplo de pesquisadora com incessante busca de conhecimentos. Por toda a paciência que teve comigo nesses dois anos, pela sua sabedoria compartilhada e pela ajuda quando as palavras não saiam nas escritas desta dissertação, por apoiar as minhas sugestões e compreender as minhas dificuldades cotidianas, por reconhecer minhas limitações e por cada momento que permitiu valiosos aprendizados. Não esquecerei jamais suas sábias palavras. Toda minha admiração e respeito.

Às Professoras **Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Queiroz Bezerra**, **Dr.<sup>a</sup> Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino** e **Dr.<sup>a</sup> Telma Maria Evangelista de Araújo** pela atenção, carinho e presteza com que me auxiliaram com suas importantes contribuições no exame de qualificação deste estudo e por aprimorá-lo ao compor a banca de defesa. A ajuda de vocês foi essencial, que muito contribuiu para sua construção, melhoria e finalização. Obrigada por disponibilizarem seu tempo e conhecimento.

A **todos os professores** do mestrado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, que de alguma forma contribuíram para minha formação. E aos **funcionários** pelo carinho especial e competência com que trataram nossa turma, no suporte de nossas necessidades acadêmicas.

Aos meus pais, **Jacilino e Gertrudes**, por me ensinarem a ser como sou e que a vida é muito mais e vai muito além do que podemos ver, por me darem oportunidades de chegar aonde cheguei, por estarem ao meu lado, aconteça o que acontecer, e por simplesmente fazerem o possível e o impossível para me verem feliz. Vocês sempre foram meu alicerce, minha âncora e sempre acreditaram em mim. Vocês são as fortalezas da minha vida. Os maiores e melhores exemplos da minha vida. O meu amor por vocês é incondicional. Obrigada por me amarem tanto. Obrigada por abdicarem de muitas coisas para que eu pudesse chegar até aqui; vocês são as pessoas mais dignas e honradas que conheço.

A toda **minha família, irmãs, irmão, cunhados, cunhada e sobrinhos** pelas diversas demonstrações de carinho e apoio, pelo companheirismo e incentivo constante. Vocês são únicos. À **tia Rita** por ser tão maravilhosa, estar sempre ao meu lado nesta jornada, incentivando-me e me apoiando com seu amor e por ficar com minhas filhas nos momentos que necessitava ausentar-me. Minha eterna gratidão. À minha **cunhada Lídia Moura Fé** que carinhosamente fez algumas correções em minha dissertação quando eu não conseguia ver mais nada. À minha filha de coração, afilhada e sobrinha que tenho muito amor e admiração **Ivy Louyse** que fez as traduções do resumo para o inglês e o espanhol, meu muito obrigado e gratidão eterna.

Às minhas filhas **Lícia Camille e Laís Fernanda** pelas suas orações quando eu desanimava, que cuidavam de mim quando eu chorava ou sorria e, principalmente, por compreenderem e entenderem minha ausência para o computador/estudo. Entenderem que era uma fase de crescimento pessoal e profissional e que comemoraram comigo a conclusão de mais uma fase da minha vida profissional. Todo meu orgulho e amor.

A **Silvanio**, companheiro de todas as horas, pelo incentivo constante, amizade, carinho e por me fazer sorrir mesmo nos momentos difíceis.

Aos **meus amigos da turma de Mestrado 2015-2017** pelo suporte durante essa caminhada e pela companhia nas horas difíceis, que me cativaram pelo companheirismo, amizade e cumplicidade, tornando essa jornada mais amena.



Aos **profissionais** que participaram desta pesquisa pela paciência, colaboração e apoio no desenvolvimento deste estudo, pois tornaram possível a existência do trabalho, meus sinceros agradecimentos.

Aos **meus grandes amigos, da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Getúlio Vargas e da Faculdade Estácio de Teresina**, pela confiança, amizade, conselhos e por serem grandes incentivadores e companheiros em momentos de alegria e de tristeza. E em especial a **Sandra Beatriz Pedra Branca Dourado**, pois durante este período tenho passado por momentos difíceis e ela mesmo sem saber o que é tem me ajudado. Minha eterna gratidão: amiga.

Ao **Hospital Getúlio Vargas** por autorizar a realização deste estudo como forma de engrandecimento à minha formação profissional.

À **Secretaria de Educação do Estado do Piauí** que concedeu minha licença e bolsa de estudo nesse período.

A **todos** que torceram/torcem por mim, bem como contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste sonho.

## RESUMO

**Introdução:** A cultura de segurança é o somatório de valores voltados para o compromisso de discutir e aprender com os erros a partir da identificação das ameaças latentes e incorporação de sistema não punitivo para o relato e análise dos erros. **Objetivo:** Avaliar a cultura de segurança do paciente entre os profissionais de saúde atuantes em um hospital de ensino. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, analítico, realizado em um hospital geral, público, de grande porte, de Teresina, com amostra de 320 profissionais de diversas categorias. A coleta de dados ocorreu no período de julho a setembro de 2016, por meio do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, processado no software *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 23.0, e calculadas estatísticas descritivas para as variáveis quantitativas, e frequências para as qualitativas. Os testes executados foram de Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e de Correlação de Spearman com as análises realizadas ao nível de significância de 5%. Para a análise da consistência interna, utilizou-se o coeficiente *Alpha* de Cronbach. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí. **Resultados:** Na amostra predominou sexo feminino (80,6%), com idade média de idade de 45,5 anos, ensino médio (41,9%), técnicos ou auxiliares de enfermagem (58,4%), em exercício há 21 anos ou mais no hospital e na mesma unidade, com carga horária semanal de 20 a 39 horas (84,4%) tendo contato direto com o paciente (96,2%), com média de atuação na especialidade ou profissão de 17,2 anos. Apresenta ponto forte na dimensão *Aprendizado Organizacional* e, dimensões que necessitam de melhoria: *Pessoal*, *Resposta não Punitiva aos Erros*, *Percepção Geral da Segurança do Paciente* e *Frequência de Eventos Relatados*. Quanto ao Índice de Cultura de Segurança (ICS) as dimensões *Pessoal* e *Resposta não Punitiva aos Erros* obtiveram valores mais próximos da área de melhoria. As dimensões foram agrupadas em três níveis, tendo maior média de ICS do paciente para o “âmbito das unidades”, com diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). A correlação da segurança do paciente e eventos relatados foi positiva com uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ), entre as dimensões *Percepção Geral da Segurança do Paciente*, *Frequência de Eventos Relatados*, *Grau de Segurança do Paciente* e *Número de Eventos Relatados nos Últimos 12 Meses*. A consistência interna do questionário foi de 0,801, com boa confiabilidade. Os comentários dos profissionais de saúde quanto à cultura de segurança do paciente em relação aos erros ou relato de eventos no hospital, concentraram-se na categoria Dificuldades ou aspectos considerados como barreira ou dificultadores na segurança do paciente; evidenciando que há vários aspectos que favorecem o surgimento do erro e da subnotificação. **Conclusão:** Há um longo caminho a percorrer para que a cultura de segurança do paciente efetivamente se priorize e para isso, é necessária a consonância de objetivos entre formuladores de políticas, gestores e profissionais de saúde. O estudo evidenciou avanços ao mostrar a visão multidisciplinar sobre a cultura de segurança do paciente no hospital.

**Palavras-chave:** Avaliação em saúde; segurança do paciente; hospital; trabalhadores de saúde; enfermagem.

## ABSTRACT

**Introduction:** The safety culture is the sum of values aimed at the commitment to discuss and learn from mistakes from the identification of the latent threats and incorporation of non-punitive system for the reporting and analysis of errors.

**Objective:** To evaluate the patient's safety culture among health professionals working in a teaching hospital. **Method:** This is a cross, sectional, analytical, performed in a general, large, public hospital in Teresina, with a sample of 320 professionals from different categories. Data collection occurred in the period from July to September 2016, through the *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, processado no software *Statistical Package for the Social Sciences*, version 23.0, and descriptive statistics were calculated for quantitative variables, and frequencies for qualitative ones. The tests performed were of Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Spearman's Correlation, with the analyzes performed at a significance level of 5%. For the analysis of the internal consistency, we used the *Cronbach's Alpha* coefficient. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí. **Results:** The sample was predominantly female (80.6%), with mean age 45.5 years old, high school (41.9%), technicians or nurses (58.4%), who were in practice for 21 years or more in the hospital and in the same unit, with a weekly workload of 20 to 39 hours (84.4%) having direct contact with the patient (96.2%), with average performance in the specialty or profession of 17.2 years. Features strong point in dimension *Organizational Learning* and dimensions that need improvement: *Personal, Non-Punitive Response to Errors, General Perception of Patient Safety and Frequency of Reported Events*. Regarding the Safety Culture Index (ICS), the *Personal Dimensions* and *Non-Punitive Response to Errors* obtained values closer to the improvement area. The dimensions were grouped into three levels, with a higher mean ICS from the patient to the "scope of the units", with a statistically significant difference ( $p < 0.001$ ). The correlation between patient safety and reported events was positive with a statistically significant difference ( $p < 0.001$ ) between the dimensions *General Patient Safety Perception, Frequency of Reported Events, Patient Safety Rating, and Number of Events Reported in the Last 12 Months*. The internal consistency of the questionnaire was 0.801, with good reliability. The comments of the health professionals about the safety culture of the patient regarding the errors or reports of events in the hospital, focused on the category Difficulties or aspects considered as barriers or obstacles in patient safety; Evidencing that there are several aspects that favor the emergence of error and underreporting. **Conclusion:** There is a long way to go before the safety culture of the patient is effectively prioritized and for this purpose, the consonance of objectives between policymakers, managers and health professionals is necessary. The study evidenced advances in showing the multidisciplinary view on the safety culture of the patient in the hospital.

**Keywords:** Health assessment; patient safety; hospital; health workers; nursing.

## RESUMEN

**Introducción:** La cultura de seguridad es la suma de valores orientados al compromiso de discutir y aprender con los errores a partir de la identificación de las amenazas latentes e incorporación del sistema no punitivo para el relato y análisis de los errores. **Objetivo:** Evaluar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales de la salud que actúan en un hospital de enseñanza. **Método:** Se trata de un estudio transversal, analítico, realizado en un hospital general, público, de gran tamaño, de Teresina, con muestra de 320 profesionales de diversas categorías. La recolección de datos ocurrió en el período de julio a septiembre de 2016, a través del Hospital Survey on Patient Safety Culture, procesado en el software Statistical Package for the Social Sciences, versión 23.0, y calculadas estadísticas descriptivas para las variables cuantitativas, y frecuencias para las De calidad. Las pruebas realizadas fueron de Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y de Correlación de Spearman con los análisis realizados al nivel de significancia del 5%. Para el análisis de la consistencia interna, se utilizó el coeficiente Alpha de Cronbach. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Piauí. **Resultados:** En la muestra predominó sexo femenino (80,6%), con edad promedio de edad de 45,5 años, enseñanza media (41,9%), técnicos o auxiliares de enfermería (58,4%), en ejercicio desde hace 21 años o más en el hospital y en la clínica, Con carga horaria semanal de 20 a 39 horas (84,4%) teniendo contacto directo con el paciente (96,2%), con media de actuación en la especialidad o profesión de 17,2 años. Presenta un punto fuerte en la dimensión Aprendizaje Organizacional y, dimensiones que necesitan de mejora: Personal, Respuesta no Punitiva a los Errores, Percepción General de la Seguridad del Paciente y Frecuencia de Eventos Informados. En cuanto al Índice de Cultura de Seguridad (ICS) las dimensiones Personal y Respuesta no Punitiva a los Errores obtuvieron valores más cercanos al área de mejora. Las dimensiones se agruparon en tres niveles, teniendo un promedio de ICS del paciente para el "alcance de las unidades", con diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). La correlación de la seguridad del paciente y los eventos reportados fue positiva con una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ), entre las dimensiones Percepción General de la Seguridad del paciente, Frecuencia de Eventos Relatados, Grado de Seguridad del Paciente y Número de Eventos Informados en los Últimos 12 Meses. La consistencia interna del cuestionario fue de 0,801, con buena confiabilidad. Los comentarios de los profesionales de la salud en cuanto a la cultura de seguridad del paciente en relación a los errores o relato de eventos en el hospital, se concentraron en la categoría Dificultades o aspectos considerados como barrera o dificultadores en la seguridad del paciente; Evidenciando que hay varios aspectos que favorecen el surgimiento del error y de la subnotificación. **Conclusión:** Hay un largo camino por recorrer para que la cultura de seguridad del paciente efectivamente se priorice y para ello, es necesaria la consonancia de objetivos entre formuladores de políticas, gestores y profesionales de salud. El estudio evidenció avances al mostrar la visión multidisciplinaria sobre la cultura de seguridad del paciente en el hospital.

**Palabras clave:** Evaluación en salud; Seguridad del paciente; Hospital; Trabajadores de salud; Enfermería.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

Figura 1	Modelo do Queijo Suiço.....	26
Figura 2	Índice de Cultura de Segurança segundo agrupamento dos domínios referentes às unidades, organização hospitalar e variável de resultado, na perspectiva dos profissionais de saúde (n=320). Teresina, PI, Brasil, 2016.....	51
Figura 3	Distribuição dos profissionais conforme avaliação da nota da segurança do paciente (n=320). Teresina, PI, Brasil, 2016.....	57
Figura 4	Distribuição de frequências no número de eventos notificados conforme avaliação dos profissionais (n=320). Teresina, PI, Brasil, 2016.....	58

### QUADROS

Quadro 1	Distribuição da população do estudo por categorias profissionais na instituição (n=932).....	36
Quadro 2	Distribuição dos profissionais que compuseram a amostra conforme setor do hospital (n=320).....	37
Quadro 3	Distribuição das secções em 12 dimensões conforme números de itens positivos e negativos do <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> .....	42
Quadro 4	Áreas frágeis e fortalecidas da segurança do paciente conforme o <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> .....	42
Quadro 5	Agrupamento das dimensões que ocorrem ao nível da unidade, no âmbito do hospital e variáveis de resultado do <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> .....	43
Quadro 6	Distribuição do coeficiente de correlação de Spearmam associado à força de relação.....	45
Quadro 7	Comentários dos profissionais de saúde (n=63) quanto à cultura de segurança do paciente no hospital de ensino. Teresina, PI, Brasil, 2016.....	60

## TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas e de trabalho dos profissionais (n=320). Teresina, PI, Brasil, 2016.....	48
Tabela 2	Distribuição de frequências das avaliações de cultura de segurança estratificadas por tipo de resposta dos profissionais sobre as dimensões da cultura de segurança do paciente (n=320). Teresina, PI, Brasil, 2016.....	49
Tabela 3	Medida do Índice de Cultura de Segurança na perspectiva dos profissionais da instituição (n=320) conforme domínios do <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> . Teresina, PI, Brasil, 2016.....	51
Tabela 4	Comparação dos Índices de Cultura de Segurança nas dimensões Trabalhos em Equipe nas Unidades, Expectativas e Ações de Segurança do Paciente e Aprendizado Organizacional identificados conforme características das unidades do hospital e de trabalho dos profissionais (n=320). Teresina, PI, Brasil, 2016.....	52
Tabela 5	Comparação dos Índices de Cultura de Segurança nas dimensões Feedback e Comunicação de Erros, Abertura para Comunicações e Pessoal identificado conforme características das unidades do hospital e de trabalho dos profissionais (n=320). Teresina, PI, Brasil, 2016.....	53
Tabela 6	Comparação dos Índices de Cultura de Segurança nas dimensões Resposta não Punitiva aos Erros, Apoio da Gestão Hospitalar e Trabalho em Equipe entre Unidades identificadas conforme características das unidades do hospital e de trabalho dos profissionais (n=320). Teresina, PI, Brasil, 2016.....	54
Tabela 7	Comparação dos Índices de Cultura de Segurança nas dimensões Transferências e Passagem de Plantão, Percepção Geral da Segurança do Paciente e Frequência de Eventos Relatados identificados conforme características das unidades do hospital e de trabalho dos profissionais (n=320). Teresina, PI, Brasil, 2016.....	55
Tabela 8	Correlação entre as dimensões Percepção Geral da Segurança do Paciente, Frequência de Eventos Relatados e o Grau de Segurança do Paciente e Número de Eventos Relatados nos últimos 12 meses.	

	Teresina, PI, Brasil, 2016.....	57
Tabela 9	Alfa de Cronbach do <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> na amostra de profissionais do estudo (n=320). Teresina, PI, Brasil, 2016.....	58

## LISTA DE SIGLAS

AHA – *Advancing Health in American*

AHRQ – *Agency for Healthcare Research and Quality*

ANVISA - Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CC – Centro cirúrgico

EAs - Eventos adversos

ECRI – *Emergency Care Research Institute*

HSOPSC – *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

ICS – Índice de Cultura de Segurança

IOM – *Institute of Medicine*

NSP - Núcleo de Segurança do Paciente

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PNPS – Programa Nacional de Segurança do Paciente

PSCHO – *Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations*

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

SAQ – *Safety Attitudes Questionnaire*

SCS – *Safety Culture Survey*

SLOAPS – *Strategies for Leadership: An organizational approach to patient safety*

SPSS – Statistical Package for Social Science

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

WHO - World Health Organization



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
1.1	Objeto do Estudo .....	22
1.2	Objetivos .....	22
1.2.1	Objetivo Geral .....	22
1.2.2	Objetivos Específicos .....	22
1.3	Justificativa .....	22
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>24</b>
2.1	A segurança do paciente e o cuidado em saúde .....	24
2.2	Cultura de Segurança .....	28
2.3	Considerações sobre os instrumentos de medida da cultura de Segurança do Paciente.....	31
<b>3</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>35</b>
3.1	Desenho do estudo .....	35
3.2	Local do estudo .....	35
3.3	População e amostra .....	36
3.4	Instrumento de Coleta de dados.....	38
3.5	Coleta de dados .....	40
3.6	Organização dos dados .....	41
3.7	Análise dos dados .....	43
3.8	Aspectos éticos e Legais.....	46
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
4.1	Características sociodemográficas e de trabalho dos profissionais de saúde.....	47
4.2	Identificação dos pontos fortes e fracos da cultura de segurança do paciente conforme avaliação dos profissionais de saúde.....	49
4.3	Análise das dimensões da cultura de segurança do paciente percebidas pelos profissionais.....	50
4.4	Comparação dos Índices de Cultura de Segurança do paciente conforme características das unidades do hospital e de trabalho dos profissionais....	52
4.5	Correlação da segurança do paciente, escore referente à nota da segurança e eventos notificados conforme avaliação dos profissionais.....	56
4.6	Verificação da consistência interna do <i>Hospital Survey on Patient Safety</i>	

	<i>Culture</i> conforme dados da avaliação dos profissionais de saúde.....	58
4.7	Análise dos comentários dos profissionais de saúde quanto à cultura de segurança do paciente no hospital de ensino.....	59
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	61
5.1	Características sociodemográficas e de trabalho dos profissionais de saúde .....	61
5.2	Identificação dos pontos fortes e fracos da cultura de segurança do paciente conforme avaliação dos profissionais de saúde.....	65
5.3	Análise das dimensões da cultura de segurança do paciente percebidas pelos profissionais.....	68
5.4	Comparação dos Índices de Cultura de Segurança do paciente conforme características das unidades do hospital e de trabalho dos profissionais....	70
5.5	Correlação da segurança do paciente, escore referente à nota da segurança e eventos notificados conforme avaliação dos profissionais.....	75
5.6	Verificação da consistência interna do <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> conforme dados da avaliação dos profissionais de saúde.....	76
5.7	Análise dos comentários dos profissionais de saúde quanto à cultura de segurança do paciente no hospital de ensino.....	77
5.8	Limitações do Estudo.....	81
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	82
<b>7</b>	<b>RECOMENDAÇÕES</b> .....	84
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	85
	<b>APÊNDICE A:</b> Instrumento sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC).....	96
	<b>APÊNDICE B:</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	104
	<b>ANEXO A:</b> Instrumento sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC) Sorra; Nieva, 2004.....	106
	<b>ANEXO B:</b> Instrumento sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC) Reis, 2013.....	112
	<b>ANEXO C:</b> Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí	120

## 1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados ao cuidado de saúde a um mínimo aceitável, em que o minimamente aceitável diz respeito às informações atuais, aos recursos disponíveis e ao contexto em que a assistência é prestada (WHO, 2009).

Garantir a qualidade nos cuidados em saúde envolve adesão aos princípios básicos de atendimento e aos critérios ou padrões estabelecidos para manter a prevenção e melhoria contínua da assistência ao paciente. A preocupação com a segurança do paciente não é recente, pois desde Hipócrates (460-377 a.C.), pai da medicina, persiste o legado ético “*primum non nocere*”, ou seja, em primeiro lugar, não causar dano (DICKENS; SINSABAUGH; WINGER, 2006).

Florence Nightingale, precursora da enfermagem, em 1863, no livro *Notes on hospitals*, já manifesta preocupações relativas à temática “Segurança do Paciente” ao afirmar que o primeiro dever de um hospital deveria ser o de não causar mal ao paciente (NIGHTINGALE, 1863). Essa declaração constituiu importante base para a bioética, que tem como alicerce a beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, estabelecendo o marco fundamental para a segurança do paciente (MALVÁREZ; RODRIGUES, 2011).

Vale destacar que Florence Nightingale (1820-1910) foi uma das pioneiras no cuidado com qualidade e segurança, pois durante a Guerra da Crimeia conseguiu em poucos meses diminuir a mortalidade dos feridos em guerra de 40% para 2% por meio de medidas de higiene que efetuou nos hospitais (MONTSERRAT-CAPELLA et al., 2011).

Em 1990, ocorreu grande avanço sobre essa temática quando James Reason, psicólogo americano, trouxe importante contribuição para a compreensão de como os erros ocorrem, ao destacar que um erro é fruto de falha no sistema e, por isso, deve ser abordado de forma holística (CALDANA et al., 2015).

O modelo proposto por Reason há mais de duas décadas destaca que a cultura predominante é a associação da ocorrência de um erro à responsabilidade de um indivíduo, que inicialmente provoca o sentimento de culpa na própria pessoa que cometeu o ato indesejado, por sentir medo das possíveis punições sofridas. Posteriormente, os gestores precisam julgar de quem foi a culpa do erro em questão para aplicar as penalidades que considerarem cabíveis (FERNANDES et al, 2014).

O livro *To err is human: building a safer health system*, apresentado em 1999 pelo *Institute of Medicine (IOM)* dos Estados Unidos da América, é considerado um alerta mundial para a problemática da segurança do paciente, o qual demonstrou que 44.000 a 98.000 americanos morriam anualmente como resultado de erros no cuidado à saúde, os quais deveriam ser evitados (MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014). A partir daí surgiu a preocupação crescente com a magnitude da ocorrência de eventos adversos (EAs), isto é, com lesões ou danos ao paciente ocasionados pelo cuidado de saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A partir desta publicação originaram-se movimentos em prol da segurança do paciente e em 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, despertando nos países membros o compromisso de desenvolver políticas públicas e práticas voltadas para a segurança do paciente (CAPUCHOI; CASSIANI, 2013).

O Reino Unido, na década de 90, passou por processo semelhante ao dos Estados Unidos (EUA), com aumento dos relatos de incidentes envolvendo equipamento médico. Em 1999 foram relatados mais de 6.600 incidentes, incluindo 87 mortes e 345 danos graves (TOBIAS et al., 2014). No continente europeu, estudos realizados sobre a atenção hospitalar revelaram que um em cada dez pacientes internados foi vítima de EAs, em decorrência dos cuidados de saúde recebidos, e 50 a 60% desses eventos classificados como evitáveis (GALLOTTI, 2004).

Um estudo transversal realizado em 58 hospitais localizados na Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru envolvendo 11.379 pacientes internados estimou a prevalência pontual de 10,5% de EAs, sendo que destes 28% causaram incapacidade aos pacientes, 6% foram associados à morte do paciente e 60% classificados como evitáveis (ARANAZ-ANDRÉS et al., 2011).

No Brasil, um estudo realizado no serviço de emergência de um Hospital Universitário demonstrou que 50% dos pacientes em alta hospitalar e 70% dos que evoluíram a óbito sofreram pelo menos um EA. Já em pesquisa realizada em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro em 2009 a incidência de pacientes vítimas de EAs foi 7,6% e, destes, 66,7% eram evitáveis (NUNES et al., 2014).

Considerando esse panorama e no intuito de chamar a atenção das Instituições de Saúde aos EAs e desenvolver nova cultura de segurança, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que no Artigo

5º define as estratégias para implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Entre tais estratégias está a promoção da cultura de segurança, a qual enfatiza o aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando, assim, os processos de responsabilização individual (BRASIL, 2013a).

No mesmo ano, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) adotou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25/07/2013, que estabeleceu a obrigatoriedade de implantação de um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos hospitais. Visava-se reduzir a ocorrência de danos e eventos adversos na assistência aos pacientes, melhorar a qualidade dos serviços prestados, promover e aprimorar a qualidade dos registros; seguir os princípios e as diretrizes para a nomeação formal dos integrantes; disponibilização de recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais; a participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde (ANVISA, 2014).

O PNSP tem como objetivos prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes e/ou EAs que podem resultar em danos ao paciente, como quedas, úlceras por pressão, administração incorreta de medicamentos, erros em procedimentos cirúrgicos, infecção hospitalar, entre outras ocorrências, nos serviços de saúde públicos e privados (ANVISA, 2013a).

Dentre os Desafios Globais para a Segurança do Paciente, destaca-se a cultura de segurança, como o resultado de atitudes, percepções e competências, padrões de comportamento e valores de um grupo, que irão determinar o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde e de uma gestão de segurança (OMS, 2009).

Um dos pilares da segurança é a cultura da instituição, a qual é baseada em uma boa comunicação, confiança, aprendizado organizacional, compromisso da gestão hospitalar com a segurança, liderança, abordagem não punitiva ao erro e percepção compartilhada da importância dessa temática. Assim, as instituições de saúde devem promover estratégias para melhorar com o intuito de fortalecer a cultura baseada nesses valores a fim de aperfeiçoar a segurança do paciente (TOMAZONI et al., 2014).

A cultura de segurança reflete a cultura organizacional que, por sua vez, se destaca pela influência que exerce na maneira como os sujeitos organizacionais

buscam cumprir as estratégias, objetivos e metas organizacionais, a partir dos princípios, valores, crenças, ritos, mitos e normas, pois propiciam aos seus membros uma percepção mais homogênea da realidade em que a organização está inserida (LOPES; VALENTIM; FADEL, 2014).

A cultura organizacional é o modelo dos pressupostos básicos que um dado grupo inventou, descobriu ou desenvolveu no processo de aprendizagem para lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna. Esses pressupostos sintonizam-se o suficiente até serem considerados válidos e ensinados como a maneira certa de se perceber, pensar e sentir em relação aos problemas e, por fim, adotados como verdade, saindo do nível de consciência para uma verdade inquestionável (SCHEIN, 2001).

Com o propósito de melhorar a segurança do paciente em muitos países, tem-se utilizado ferramentas que são necessárias para identificar as atitudes e comportamentos dos profissionais em relação à segurança do paciente. Estudos de avaliação devem considerar a interação entre fatores organizacionais e individuais, o que permite melhor compreensão da dinâmica da equipe e das atitudes individuais em relação à cultura de segurança do paciente (CHEN; LI, 2010).

Nesse sentido, os estudos que avaliam a cultura de segurança em organizações de saúde utilizam questionários como instrumento de coleta de dados. Assim, a *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* criou o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, amplamente utilizado no mundo para mensurar a cultura de segurança entre profissionais atuantes em hospitais, cujo trabalho influencia direta ou indiretamente o cuidado ao paciente, sejam eles profissionais de saúde ou de outras áreas, como a administrativa, de gestão, dentre outras (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

Diante do exposto, este estudo pretende responder aos seguintes questionamentos:

- Como a cultura de segurança do paciente é percebida pelos profissionais atuantes em um hospital de ensino?
- Há diferenças na percepção da cultura de segurança entre as categorias profissionais, unidade e tempo de atuação nos diversos setores hospitalares?
- Quais as dimensões que constituem os pontos mais fortes e fracos da cultura de segurança do paciente da instituição?

## 1.1 Objeto do Estudo

Avaliação da cultura de segurança do paciente internado, na perspectiva dos profissionais de saúde atuantes em um hospital de ensino.

## 1.2 Objetivos

### 1.2.1 Geral

- Avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de saúde atuantes em um hospital de ensino.

### 1.2.2 Específicos

- Descrever as características sociodemográficas e de trabalho dos profissionais de saúde.
- Identificar pontos fortes e fracos da cultura de segurança do paciente conforme avaliação dos profissionais de saúde.
- Analisar as dimensões da cultura de segurança do paciente percebidas pelos profissionais de saúde.
- Comparar o Índice de Cultura de Segurança do paciente conforme características das unidades do hospital e de trabalho dos profissionais de saúde.
- Correlacionar segurança do paciente, escore referente à nota de segurança do paciente e eventos notificados conforme avaliação dos profissionais de saúde.
- Verificar a consistência interna do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* conforme dados da avaliação dos profissionais de saúde.
- Analisar os comentários dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do paciente vigente no hospital de ensino.

## 1.3 Justificativa

O interesse pela temática decorre da prática profissional da autora na área hospitalar e da constatação da ocorrência de EAs nas unidades hospitalares, que acarretam inúmeros prejuízos aos pacientes, aos profissionais e às instituições de

saúde. A compreensão de que a cultura organizacional deve ser a base para qualquer mudança voltada para os propósitos de segurança do paciente corrobora a necessidade de aproximar a questão da cultura de segurança do paciente ao seu contexto.

Estudos sobre a cultura de segurança do paciente podem contribuir para sensibilizar os profissionais sobre a segurança do paciente, como também seus resultados podem servir de base para futuras pesquisas, além da avaliação da mudança da cultura de segurança do paciente ao longo do tempo, bem como do impacto cultural de iniciativas de segurança do paciente e intervenções.

Portanto, para que sejam realizadas práticas e medidas em prol da segurança do paciente, é necessário que as organizações de saúde adotem um modelo de cultura de segurança que priorize práticas seguras, com valores, percepção e compromisso com as questões voltadas para a segurança do paciente.

Espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar o fortalecimento de ações para promover a melhoria da segurança do paciente no âmbito hospitalar, com vistas a contribuir para melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados aos pacientes assistidos.



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 A segurança do paciente e o cuidado em saúde

Segurança do paciente é a redução de atos não seguros dentro do sistema de assistência à saúde e a utilização de práticas objetivando alcançar bons resultados para o paciente. A segurança do paciente está focada em uma assistência à saúde livre de danos, como também à sua realização no momento certo, de um modo eficaz e equânime, baseada na melhor informação científica e nas necessidades integrais e individuais, tanto do paciente como de sua família (FERNANDES et al., 2014).

O movimento da segurança do paciente teve diferentes influências que se destacam: a recorrência das situações de erros e EAs na área da saúde; o interesse e preocupação dos profissionais envolvidos na assistência de saúde em aprimorar sua qualidade e a influência de outras indústrias, como a aviação e energia nuclear com seus saberes, bem como a compreensão mais sofisticada das características das falhas e dos acidentes (VINCENT, 2010).

A OMS preocupada com a segurança do paciente criou o programa *The World Alliance for Patient Safety*, em 2004, com o objetivo de desenvolver políticas mundiais para melhorar o cuidado aos pacientes nos serviços de saúde. Na tentativa de conceituar a segurança do paciente desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente, na qual incidente é definido como todo evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente (MARCHON; MENDES JUNIOR, 2014).

A segurança do paciente representa um dos maiores desafios para a excelência da qualidade no setor saúde. EAs e incidentes são importantes indicadores de qualidade, pois permitem medir o distanciamento entre a assistência prestada e o cuidado ideal, fornecendo informações indispensáveis para a construção de um sistema de saúde mais seguro (GONÇALVES et al., 2012).

Os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometer EAs quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e/ou mal planejados, sendo as causas dos erros e EAs multifatoriais, decorrentes de falhas no planejamento e/ou na execução de uma ação que tem objetivos e resultados esperados, uma vez que nem todos os erros vão culminar em injúrias, que são os danos causados por um

agente ou evento, configurando-se em EA. O incidente de segurança do paciente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado ou que resultou em danos desnecessários para o paciente (LOPEZ; WEGNER, 2013).

Na era da globalização, verifica-se que transformações importantes ocorreram no cenário moderno e competitivo dos sistemas de cuidados de saúde, com os avanços tecnológicos nas áreas clínicas, a ampliação do acesso aos serviços de saúde ao longo dos anos e a difusão da informação em saúde. Nesse sentido, é abordada a preocupação com a segurança dos serviços de saúde, uma subdimensão da eficácia e um dos atributos da qualidade do cuidado propostos por Donabedian (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Um novo olhar para a questão da segurança surgiu com a mudança de paradigma em relação ao erro no modelo proposto por Reason em 1990, conhecido como queijo suíço, mundialmente aceito para explicar os acidentes organizacionais e muito utilizado para a segurança do paciente, no qual os erros são considerados consequências, e não causas, tendo suas origens relacionadas a fatores sistêmicos, e não à natureza falível do ser humano (REASON, 2000).

O modelo traz como ideia central o sistema de defesa, em que se impõe barreiras a fim de impedir os erros. Assim sendo, quando ocorre um EA, o primordial não é descobrir quem cometeu o erro, mas como e por que as defesas falharam. As falhas humanas não podem ser previstas facilmente, enquanto que as falhas do ambiente podem ser identificadas previamente e corrigidas, evitando o EA (TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

Em organizações complexas, um único erro na extremidade de um processo raramente é suficiente para provocar um dano. Para causar um resultado devastador, os erros devem perpassar múltiplas e incompletas camadas de proteção representadas pelas fatias do queijo suíço (Figura 1). Essa nova perspectiva em relação ao erro trouxe a necessidade de focar menos no alvo ou de tentar alcançar o comportamento humano perfeito e focar mais na tentativa de encolher os buracos do queijo suíço, referidos como causas latentes, bem como criar múltiplas camadas sobrepostas de proteção a fim de diminuir a probabilidade de que os buracos se alinhem novamente e assim que um erro os atravesse (WACHTER, 2010).

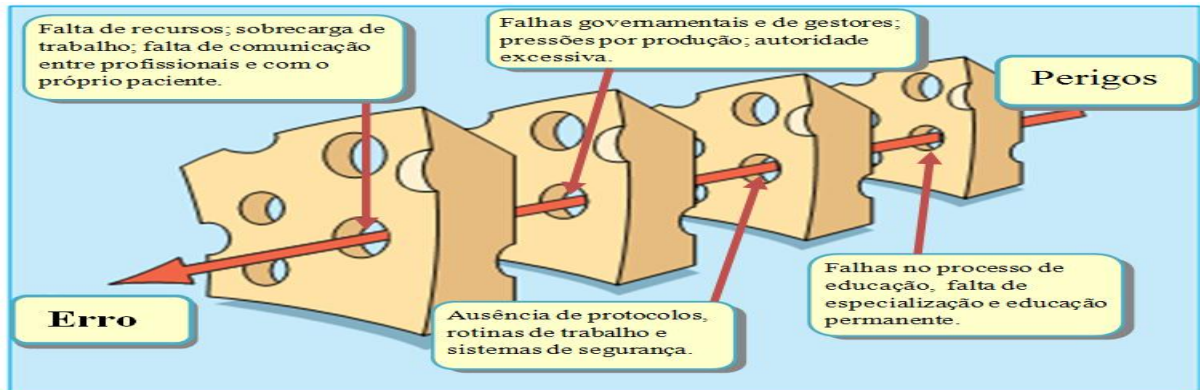


Figura 1 – Modelo do Queijo Suíço

Fonte: adaptado de Reason (2000, p. 769) por Mello (2011, p. 60).

Reason (2000) aborda dois problemas da falibilidade humana: a abordagem na pessoa que se concentra sobre os erros dos indivíduos, acusando-os de desatenção, esquecimento ou fraqueza moral; e a abordagem do sistema que se concentra nas condições em que os indivíduos trabalham tentando construir defesas para evitar erros ou mitigar seus efeitos.

Nesse contexto, na abordagem individual, a análise do erro é prejudicada, remetendo a conclusões superficiais sobre as causas do problema, levando à desmotivação, à falta de atenção, à negligência ou desvio de conduta e com frequência os sujeitos envolvidos nestas situações são levados a terem sentimentos de vergonha, medo de punições e frustração (DA SILVA et al., 2011).

Essa abordagem individual muitas vezes leva o profissional a abandonar a profissão, tornando-se a segunda vítima desta situação. Em função disso, os profissionais passam a esconder seus erros. Nesse contexto, a cultura de segurança deve ser repensada, evitando a abordagem punitiva, na qual a condução dos problemas é feita de maneira superficial, impedindo a utilização de estratégias corretas e eficazes para melhorar a segurança do paciente (ANVISA, 2013b).

Entretanto, na abordagem sistêmica, o erro é entendido como consequência de uma série de fatos, que na ausência de barreiras de proteção facilitam a ocorrência deste erro, entendendo que se torna necessário reorganizar o processo e capacitar os profissionais para que não volte a ocorrer. Dessa forma, poderá identificar as falhas do processo, permitindo implantar melhorias, reduzindo, assim, a recorrência desses eventos (ROSA; PERINI, 2003).

O hospital é um espaço estratégico para a realização de intervenções com o enfoque na promoção da saúde e segurança do paciente, o que propicia uma nova perspectiva para a reforma do sistema de saúde, em uma concepção de

humanização do atendimento e da defesa da vida. Trata-se de um local de atuação profissional em equipe para o cuidado de saúde dos usuários, capaz de abranger diferentes aspectos da assistência, valorizando o papel dos ambientes, da cultura e dos aspectos sociais no processo do adoecimento e sofrimento (PEREIRA et al., 2015).

Os diferentes ambientes hospitalares onde ocorre a prestação dos serviços de saúde são muito vulneráveis à ocorrência de EAs, sendo a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) o setor que tem por particularidade o cuidado intensivo em vista da complexidade e da gravidade dos pacientes atendidos (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016).

No Centro Cirúrgico (CC), a equipe precisa trabalhar conjuntamente, de forma eficaz, e utilizar o que tem de melhor nos seus conhecimentos e capacidades em prol do paciente para evitar danos, visto que se convive diariamente com situações nas quais há o risco para incidentes e EAs, gerando angústia e estresse nos profissionais e comprometendo a segurança do paciente. O estresse dos profissionais, muitas vezes, dificulta a comunicação na Sala de Operação aumentando o potencial para causar danos (DA CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014).

Partindo do pressuposto que muitos problemas relacionados à segurança estavam em evidência nas instituições de saúde, a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde), em 2012, declarou necessária a busca de soluções com a finalidade de promover melhorias no que tange à segurança do paciente nas áreas assistenciais (ANVISA, 2013b).

As direções e alta gestão devem ter ciência de que, independentemente dos sistemas existentes, os cuidados são despendidos por seres humanos e, por isso, falhas podem ocorrer e se propagar por toda a instituição, visto que os profissionais sofrem influência dos processos técnicos e organizacionais nas diversas unidades hospitalares das instituições (MINUZZI et al., 2016).

O cuidado em saúde é caracterizado como um complexo sistema sociotécnico, no qual as responsabilidades geralmente desafiam definições formais das descrições das atividades do trabalho. Os erros podem ocorrer em função do aspecto exploratório inerente ao processo de aprendizagem associado à execução do trabalho clínico (NASCIMENTO; TRAVASSOS, 2010).

Os administradores das instituições de saúde, anteriormente à Portaria Ministerial nº 529 de 2013, preocupados em implantar as medidas de segurança, instituíram grupos multidisciplinares, denominados Comitês de Qualidade ou Comitê de Farmácia e Terapêutica ou Comitê de Segurança do Paciente, com a finalidade de elaborar planejamento, controle e avaliação de processos assistenciais para prevenção de EAs e promover uma cultura institucional voltada para a segurança de pacientes (CASSIANI, 2010).

## 2.2. Cultura de Segurança

A cultura é um fenômeno dinâmico que leva à interação de um conjunto de estruturas, rotinas, regras e normas que orientam e restringem o comportamento de liderança, entre o processo de formação da índole de uma pessoa e o processo de formação da cultura nas organizações, mediante normas compartilhadas e assumidas pelo grupo (SCHEIN, 2009).

A cultura organizacional representa um conjunto de crenças, valores, estilos de trabalho e relacionamento, distinguindo uma organização da outra. Dessa forma, mostra como é o comportamento das pessoas dentro da organização em que estão inseridas, buscando o que deve ser seguido e o que deve ser evitado, no que a organização exerce um sentido político e de controle. Impacta em tudo que está relacionado ao cotidiano da organização, como decisões, recompensas e punições, relacionamento com parceiros comerciais, liderança, processo de comunicação e o comportamento no dia a dia de trabalho (SILVA; DIEHL, 2013).

Vale ressaltar que se os elementos culturais não evoluem, podem se tornar inadequados e disfuncionais, constituindo uma séria barreira ao aprendizado e à mudança. Nesse sentido, a cultura organizacional pode se transformar em uma barreira à estratégia de mudanças nas crenças, valores e suposições ao longo do tempo na organização (SCHEIN, 2001).

A cultura e o clima de segurança devem fazer parte dos ambientes de cuidados de saúde para que proporcionem condições seguras para planejar ações de melhoria contínua com adequada infraestrutura física, de recursos humanos, de materiais e equipamentos para o desenvolvimento seguro de ações em saúde, uma vez que a promoção da segurança do paciente é responsabilidade compartilhada

entre todos os profissionais que atuam direta ou indiretamente na área da saúde, bem como de pacientes e familiares (PEREIRA et al., 2015).

A cultura de segurança é o somatório de valores, experiências, atitudes e práticas que orientam o comportamento de um grupo, incluindo o compromisso para discutir e aprender com os erros, o reconhecimento da inevitabilidade do erro, identificação proativa das ameaças latentes e incorporação de um sistema não punitivo para o relato e análise dos eventos adversos (MINUZZI et al., 2016).

A cultura de segurança foi considerada um dos princípios da gestão de risco voltada para a qualidade e segurança do paciente, pois o reconhecimento da sua importância e o impacto nas organizações de saúde são a base para desenvolver qualquer tipo de programa de segurança, com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional. Entretanto, deve ser avaliada e compreendida para fornecer um indicador concreto do estado atual da cultura, acompanhando a sua evolução. Esta avaliação pode ser realizada de maneira rápida e confiável, por meio de questionários, para obter o máximo de informações a respeito dos fatores organizacionais que interferem nas questões de segurança, sendo a partir desta compreensão que as ações podem ser planejadas (CARVALHO et al, 2017).

Na área da saúde é imprescindível a formação de uma cultura de segurança baseada em atitudes que favoreçam o bem-estar do paciente. Para se estabelecer uma cultura de segurança em uma organização de saúde, o primeiro passo é avaliar a cultura corrente (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Nesse sentido, a construção de uma cultura de segurança envolve comprometimento articulado nos níveis mais altos da organização, traduzido em valores, crenças e normas de comportamento em todos os níveis, além de recursos, incentivos e benefícios previstos pela instituição, para permitir que este compromisso possa ocorrer. A segurança deve possibilitar uma comunicação frequente e aberta entre os trabalhadores e entre os níveis organizacionais. Além disso, deve valorizar e estimular a aprendizagem organizacional, buscando resolver os problemas com intuito de melhorar o desempenho do sistema, ao invés de se estabelecer culpas individuais (DOWERIET al., 2015).

As instituições hospitalares têm oferecido assistência para diminuir os custos e assegurar a satisfação da clientela, instituindo a segurança nas organizações de saúde como processo cultural, de forma a promover maior consciência dos profissionais quanto à cultura de segurança, compromisso ético no gerenciamento

de risco com conseqüente aquisição de segurança para si e para a clientela atendida, suprimindo o espaço existente no aspecto da segurança do paciente (OLIVEIRA et al., 2014).

Portanto, a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança no nível organizacional é apontada como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar. As organizações com uma cultura de segurança satisfatória são caracterizadas pela comunicação eficaz entre os profissionais, fundamentada na confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e da confiança na efetividade de medidas preventivas (CARVALHO, 2011) (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A cultura de segurança está contida dentro da cultura organizacional e um comprometimento com a mesma é esperado iniciando-se pelo chefe executivo da organização. Entretanto, há variáveis importantes relativas a como a cultura de segurança é percebida dentro da mesma organização e em diferentes unidades. Isso transposto para a área hospitalar envolve outros fatores dificultadores, por exemplo, os diferentes profissionais envolvidos na assistência e as diferentes formas de lidar com os erros dentro das diferentes classes profissionais (VINCENT, 2010).

Em uma instituição de saúde, a cultura de segurança gera aprendizagem, na qual os membros da equipe compartilham informações sobre os erros com o objetivo de prevenir a sua recorrência; a responsabilidade é compartilhada por todos, independentemente do cargo; os pacientes e familiares devem ser incluídos como aliados na busca pela segurança e compreender a sua própria responsabilidade (THOMPSON, 2009).

Promover a cultura da segurança no sistema de saúde é um fenômeno complexo. Reconhecer sua importância e o impacto da cultura de segurança nas organizações é imperativo para desenvolver qualquer tipo de programa de segurança. O entendimento das subculturas facilita o processo de implementação de uma cultura de segurança nas instituições e direciona profissionais para um possível caminho de sua implantação (HARADA; PEDREIRA, 2013).

Atualmente, existe a tendência de promover o envolvimento de todos os níveis da organização, desde o gerencial até os profissionais de diversas categorias funcionais, estimulando o reconhecimento das circunstâncias de risco na organização. Assim, têm sido realizados estudos com os profissionais para que sejam avaliados quais aspectos existentes na cultura do seu ambiente de trabalho

podem ser favoráveis ou não para a segurança do paciente (MELLO; BARBOSA, 2013).

Na segurança do paciente é imprescindível abordar a qualidade da assistência nos estabelecimentos de saúde. Dessa forma, torna-se clara a necessidade de cada organização definir quais os seus atributos-alvo que definirão a qualidade (WACHTER, 2013).

Mundialmente são crescentes as iniciativas para a promoção da segurança e da qualidade na assistência à saúde, com envolvimento da direção das instituições e de seus colaboradores. Conseqüentemente, a meta de qualidade nos diversos serviços oferecidos à sociedade implica a otimização dos resultados (OLIVEIRA et al., 2014).

Para se ter uma assistência de qualidade as organizações de saúde devem possuir um canal de comunicação que permita às equipes transmitir e receber informações de forma clara e precisa, garantindo melhorias na tomada de decisão, na resolução de conflitos e no alcance das metas institucionais. É crescente a preocupação dos gestores dos serviços de saúde em promover um tipo diferente de assistência, mais focada no paciente, com menos desperdício e custos e melhores resultados (LEITÃO et al., 2013).

O trabalho multidisciplinar traz diferentes conhecimentos, opiniões e concepções que geram uma diversidade de olhares perante os problemas de saúde dos usuários. O trabalho em equipe viabiliza a qualidade do atendimento, buscando diferentes conhecimentos, experiências e práticas, através de uma comunicação e interação entre a equipe de saúde e os usuários (LOPEZ; WEGNER, 2013).

### 2.3 Considerações sobre os instrumentos de medida da cultura de Segurança do Paciente

A avaliação é um importante instrumento de mudança, um incentivo para que os serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade e promovam uma renovação da sua cultura de trabalho, não devendo ser visto como uma ameaça (RIGHI; SCHMIDT; VENTURINI, 2010).

A avaliação da cultura de segurança resulta do clima que envolve o ambiente organizacional e é percebido pelos profissionais. Muitas vezes usado como sinônimo de cultura de segurança, o termo clima de segurança se refere aos componentes



mensuráveis da cultura, tais como comportamentos de gestão, sistemas de segurança e as percepções dos profissionais (DOWERIET al., 2015).

No âmbito da avaliação em saúde, a utilização do instrumental quantitativo e qualitativo se distingue ontologicamente: o quantitativo evidencia aspectos objetivos do fenômeno avaliado, enquanto o qualitativo aprofunda sua compreensão, correspondendo à análise de dimensões que escapam aos indicadores que admitem subjetivação (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010).

A avaliação da cultura de segurança é essencial para levantar os fatores organizacionais que impedem a sua formação. Por este motivo, a partir da década de 1980, as instituições de saúde começaram a mensurar a cultura de segurança por meio de escalas. Esse método é uma ferramenta para avaliar a qualidade da assistência prestada ao paciente, que pode ser realizada antes e após a implementação de intervenções (CARVALHO, 2011).

Uma variedade de instrumentos com diferentes características estão disponíveis para avaliar a cultura de segurança do paciente em serviços de saúde (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011). Estes se baseiam em uma combinação de dimensões e são considerados como estratégia eficiente, por ser anônima e com custos mais reduzidos que abordagens qualitativas para coletar dados sobre cultura de segurança (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

A cultura de segurança do paciente é avaliada por instrumentos que são frequentemente compostos de questões temáticas, úteis para medir as condições organizacionais que podem levar a eventos adversos e danos ao paciente em instituições de saúde (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016). Fornecem uma métrica pela qual se tornam visíveis e disponíveis os entendimentos implícitos compartilhados sobre a maneira como o trabalho é realizado (NIEVA; SORRA, 2003).

Para se avaliar a cultura de segurança utilizam-se técnicas para a coleta de dados em que os aspectos mensuráveis são relacionados da seguinte forma: Avaliação de fatores comportamentais: observação direta, diário de campo, pesquisa ação e sombreamento; Avaliação de atitudes e percepção de segurança: entrevistas, grupos focais, técnicas projetivas, questionários e análise de grades; Avaliação dos fatores ambientais: auditorias, análise de documentação, análise da política organizacional (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

Nesse sentido, destacam-se os seguintes instrumentos de medida da cultura de segurança do paciente, que abrangem as instituições de saúde, unidades hospitalares isoladas, bem como locais de atenção à saúde específica (COLLA et al., 2005):

- SLOAPS: *Strategies for Leadership: An organizational approach to Patient Safety*;
- PSCHO: *Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations*;
- SCS: *Safety Culture Survey*;
- HSOPSC: *Hospital Survey on Patient Safety Culture - Agency for Healthcare Research and Quality*;
- SAQ: *Safety Attitudes Questionnaire*.

O SLOAPS foi desenvolvido pela *Advancing Health in American (AHA)* em 2000 e propõe avaliar a cultura de segurança em instituições de saúde por meio de quatro passos: o primeiro estabelece uma equipe com representantes de diferentes categorias profissionais; em seguida, estes deverão realizar uma avaliação inicial da instituição de saúde por meio de questões contidas no instrumento; após esta etapa, os representantes de cada categoria deverão solicitar aos demais membros da equipe preencher o questionário para realizar o somatório final. Resultados negativos indicam a necessidade da construção de um plano de ação. Os autores do instrumento recomendam que a aplicação deste seja anual e que os dados sejam comparados a outras instituições de saúde (AHA, 2000).

O PSCHO é um instrumento que avalia a cultura de segurança idealizado pelo *Emergency Care Research Institute (ECRI)*, uma entidade sem fins lucrativos que realiza pesquisas na área da segurança do paciente. O questionário contém 46 questões distribuídas em subitens que variam de *a a t*, abordando os seguintes temas: cultura de segurança, chefias, relatórios de eventos adversos, educação e meio ambiente e tecnologias. Sua aplicação pode ocorrer em diferentes instituições de saúde, sejam estas de pequeno ou grande porte, e permite aos gestores de saúde conhecer o perfil organizacional para segurança do paciente (ECRI, 2005).

O SCS é um instrumento que avalia a atitude dos profissionais de saúde em relação à segurança dentro da organização e está vinculado a um projeto da *New South Wales Government* na Austrália ligado a pesquisas em segurança do trabalho. Possui 37 questões, cada uma com três afirmativas, em que uma deverá ser assinalada pelo participante, abordando seis temas: treinamento e supervisão, procedimentos de trabalho seguro, consulta, relatórios de segurança,

comprometimento da direção e gestão de riscos (GORDON; KIRWAN; PERRIN, 2004).

Dentre os questionários apresentados acima, dois foram validados culturalmente, traduzidos e adaptados para a língua portuguesa: o SAQ e o HSOPSC. O SAQ foi desenvolvido na Universidade do Texas, traduzido e validado no Brasil cujo uso foi autorizado pelos autores. É composto por 58 itens, distribuídos em seis dimensões, quais sejam: clima de trabalho em equipe; reconhecimento do estresse; clima de segurança; satisfação no trabalho; percepções de gestão; condições de trabalho (SEXTON et al., 2006).

Utilizado neste estudo, o HSOPSC, criado pela AHRQ, é constituído por nove seções, somando 42 itens, abrangendo 12 dimensões da cultura de segurança, avaliadas no âmbito individual, das unidades e do hospital, além de avaliar duas variáveis de resultado e o grau de concordância dos profissionais sobre questões relativas à cultura de segurança, por meio de uma escala tipo Likert, cujas possibilidades de resposta variam entre “discordo totalmente” a “concordo totalmente” (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

Esse último instrumento destaca-se por suas propriedades psicométricas favoráveis e por ser um dos melhores para avaliação da cultura de segurança do paciente no hospital (VINCENT, 2010). Por conseguinte, tem sido traduzido e validado em vários países em pelo menos 23 línguas, sendo usado em cerca de 41 países, com destaque para Portugal onde tem sido amplamente utilizado. Nesse país, estudo envolvendo 7 hospitais mostrou que resultados obtidos não são muito diferentes dos apresentados nos Estados Unidos da América, em 2004, na Espanha, em 2008, e Reino Unido, em 2010 (EIRAS, et al., 2011).

### 3 MÉTODO

#### 3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal, analítico.

#### 3.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada em um hospital geral, de alta complexidade, referência no Estado do Piauí, localizado em Teresina e conveniado na rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

O hospital desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão, oferece estágios para os cursos da área da saúde por meio de convênios com universidades, faculdades e escolas técnicas de enfermagem. Desenvolve programas de residência médica em clínica médica, cirurgia geral, oftalmologia, otorrinolaringologia, nefrologia, ginecologia e medicina intensiva.

Possui 382 leitos e conta com atendimento especializado em 15 clínicas: médica, cirúrgica, ortopedia, ginecologia, otorrinolaringologia, neurologia, pneumologia, dermatologia, urologia, oftalmologia, cardiologia, vascular, nefrologia e hemodiálise, duas UTIs e, ainda, ambulatório e central de transplantes. Presta serviços assistenciais de saúde à comunidade piauiense e aos estados vizinhos: Maranhão, Tocantins e Pará. Conta ainda com os serviços de diagnóstico e tratamento por imagem, laboratório de análises clínicas, anatomia patológica. Dispõe também de uma central de resíduos sólidos (HGV, 2017).

O hospital integrou o Projeto Sentinela, desenvolvido pela ANVISA, para a notificação de eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde, tanto na área de equipamentos médico-hospitalares como medicamentos e controle da qualidade do sangue e garantia à segurança sanitária de serviços e produtos de saúde para melhor atender o usuário (BRASIL, 2004). Com esse projeto, houve um grande avanço na organização dos serviços de saúde nas suas diversas áreas de atuação, como hemovigilância e tecnovigilância, entretanto, como a farmacovigilância não conseguiu atingir a meta, o hospital foi descredenciado em 2012.

A partir daí foi implantado o Núcleo de Gestão da Qualidade e dentro dele se inseriu a Segurança do Paciente. O Núcleo tinha em perspectiva o processo de Acreditação Hospitalar, contudo não obteve resultado favorável nos anos de 2012 e 2015. Atualmente, o Hospital aderiu ao Projeto Paciente Seguro, do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional (PROADI) do MS, do Hospital Moinho de Ventos do Rio Grande do Sul, gestão 2016/2017, objetivando atingir a Acreditação (HGV, 2017).

Desde agosto de 2016, para atender à RDC 36/2013 do MS, o Hospital implantou o Núcleo de Segurança do Paciente composto por 7 membros que se reúnem mensalmente no Grupo de Metas para analisar a causa/raiz de erros identificados, instituiu os protocolos, elaborou o Plano de Segurança do Paciente e adotou as 6 metas internacionais de qualidade e segurança do paciente instituídas pela Portaria GM/MS 529/2013 do PNSP (ANVISA, 2014; BRASIL, 2013a).

### 3.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta pelos profissionais de saúde da instituição conforme Quadro 1:

Quadro 1: Distribuição da população do estudo por categorias profissionais na instituição (n=932).

<b>Categorias profissionais</b>	<b>N</b>
Enfermeiros	108
Médicos	233
Técnicos de enfermagem	460
Demais profissionais de nível superior*	94
Demais profissionais do nível médio**	37
<b>TOTAL</b>	<b>932</b>

FONTE: Setor Pessoal HGV

\* fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, nutricionistas, farmacêuticos e psicólogos

\*\* técnicos de laboratório, farmácia e radiologia

Os profissionais atuavam nas seguintes unidades: UTIs, CC, unidades de internação especializadas (médica, neurologia, cirúrgica I, cirúrgica II, oftalmologia, ginecologia, nefrologia, urologia, cardiovascular, ortopedia, pneumologia,

dermatologia) e demais serviços e setores (fisioterapia, nutrição, farmácia, serviço social, laboratório, hemodinâmica, radiologia, banco de sangue, laboratório e serviço social).

Para a determinação do tamanho da amostra, foi utilizada a fórmula para amostragem aleatória simples em populações finitas:

$$n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0}, \text{ onde: } n_0 = \frac{1}{E^2}$$

Sendo **N** o tamanho da população estudada (932),  $n_0$  o primeiro valor aproximado do tamanho da amostra (493,8) e *E* compreende o erro amostral (0,045) (FONTELLES et al., 2010).

A amostra mínima esperada para o estudo totalizou 320 profissionais e a seleção foi aleatória simples, a partir das listas dos profissionais lotados em cada setor do hospital. Nos casos de recusa ou perda era convidado um novo participante para compor a amostra, que ficou organizada conforme o Quadro 2:

Quadro 2: Distribuição dos profissionais que compuseram a amostra conforme setor do hospital (n=320):

Setores	N	N
UTI	124	74
CC	120	49
Unidades de internação*	486	158
Outros setores**	202	39
TOTAL	932	320

\* médica, neurologia, cirúrgica I, cirúrgica II, oftalmologia, ginecologia, nefrologia, urologia, cardiovascular, ortopedia, pneumologia, dermatologia

\*\* fisioterapia, nutrição, laboratório, hemodinâmica, farmácia, banco de sangue, radiologia, serviço social, plantonistas

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: profissional do quadro efetivo, com uma carga horária semanal de pelo menos 20 horas e atuação há pelo menos 6 meses no hospital, com contato direto ou interação direta com os pacientes internados ou, embora sem contato direto com o paciente, desempenhava funções que afetavam diretamente o cuidado ao paciente internado (líderes, gerentes, supervisores e administradores).

Foram excluídos aqueles que estavam de férias ou com afastamento do trabalho por vacância ou qualquer modalidade de licença (médica, prêmio ou sem

vencimento) no período da coleta de dados e os profissionais que não foram encontrados no serviço após três tentativas.

### 3.4 Instrumento de Coleta de dados

O instrumento utilizado foi o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (APÊNDICE A), desenvolvido pela *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) (SORRA; NIEVA, 2004) (ANEXO A) e traduzido e validado no Brasil por Reis (2013) (ANEXO B).

O HSOPSC abrange vários aspectos da cultura de segurança do paciente, proporcionando um detalhamento que auxilia a identificação de áreas com aspectos positivos e áreas que apresentam fragilidades, podendo ser utilizado sem restrições. É de fácil compreensão e acesso, no qual se obtêm também as instruções para utilização do instrumento por meio de um guia para o usuário (AHRQ, 2014).

O questionário é constituído por nove seções, somando 42 itens, abrangendo 12 dimensões da cultura de segurança, avaliadas no âmbito individual, das unidades e do hospital, respondidos em escala Likert de cinco pontos, quanto à concordância ou frequência de eventos relacionados à segurança do paciente (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012). É constituído por duas partes, uma que contempla dados sociodemográficos com variáveis de idade, cargo funcional, tempo de trabalho, escolaridade, carga horária semanal de trabalho e sexo dos colaboradores da pesquisa; e a segunda composta por itens sobre o grau de segurança do paciente na unidade, o número de eventos relatados nos últimos 12 meses, a frequência de relatórios adversos e dimensões de cultura de segurança do paciente.

Termina com um espaço para comentários que se considerem oportunos relacionados com a temática em estudo, sendo possível verificar as opiniões dos profissionais de saúde quanto à cultura de segurança do paciente no hospital.

Trata-se de questionário que permite a coleta dos dados de forma rápida e pouco dispendiosa, podendo ser aplicado a um vasto número de pessoas, tendo por isso vantagens como a natureza impessoal, a uniformidade da apresentação, de modo a contribuir para a fidelidade do instrumento e o anonimato das respostas (FORTIN, 2009).

Cabe destacar que foram realizadas algumas modificações no instrumento de coleta de dados visando adequá-lo ao contexto do hospital em estudo. Foram

excluídos os setores que não existiam no hospital, como obstetrícia, pediatria, emergência, anestesiologia, psiquiatria/saúde mental e reabilitação. A possibilidade de se fazer estas modificações é permitida e está mencionada no guia do usuário, que é um instrumento elaborado pelos autores do HSOPSC para conduzir a sua utilização, contendo, inclusive, recomendações dos itens que podem ser modificados (SORRA; NIEVA, 2004).

Não foi solicitada a autorização da autora responsável pela validação do instrumento para a utilização nesta pesquisa, pois o instrumento é de domínio público.

Esse instrumento tem sido amplamente utilizado nos Estados Unidos (SORRA *et al.*, 2008), Inglaterra (HANDLER *et al.*, 2006), México (CASTANEDA-HIDALGO *et al.*, 2013), Noruega (BALLANGRUD; HEDELIN; HALL-LORD, 2012), Estados Unidos (AMELLINO; GRIFFIN; FITZPATRICK, 2010) (SCHERER; FITZPATRICK, 2008), Suíça (AUER *et al.*, 2014), Colômbia (RAMÍREZ *et al.*, 2011) e no Brasil (CLINCO, 2007; ZIMMER *et al.*, 2009). No Brasil, foi utilizado em dissertações (MELLO, 2011; TOBIAS, 2013; MINUZZI, 2014; SANTIAGO, 2014; DUCCI, 2015;), teses (REIS, 2013; BATALHA, 2012) e publicações científicas (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012; MELLO; BARBOSA, 2013; SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015).

As questões do questionário permitem respostas em escala de Likert de cinco pontos quanto à concordância ou frequência de eventos relacionados à segurança do paciente.

A Escala de Likert é o modelo mais utilizado para mensurar atitudes no contexto das ciências comportamentais. Consiste em tomar um construto e desenvolver um conjunto de afirmações relacionadas à sua definição para as quais os respondentes emitirão seu grau de concordância. Os respondentes se posicionam de acordo com uma medida de concordância atribuída ao item e, de acordo com esta afirmação, infere-se a medida do construto. A grande vantagem dessa escala é sua facilidade de manuseio, visto que emite um grau de concordância sobre uma afirmação qualquer (SILVA JÚNIOR; COSTA, 2014).

Ainda, permite aos respondentes atribuírem uma nota à segurança do paciente em sua instituição e também ao número de comunicação de eventos. Está organizado em seções de A a I (SORRA; NIEVA, 2004):

Seção A - 18 questões sobre o Serviço/Unidade de trabalho;



Secção B - 4 questões sobre o superior hierárquico;

Secção C - 6 questões sobre comunicação;

Secção D - 3 questões sobre a Frequência da notificação de eventos/ocorrências;

Secção E- Grau de segurança do doente;

Secção F - 11 questões sobre o Hospital;

Secção G - Número de eventos/ocorrências notificadas;

Secção H - Dados sociais e profissionais;

Secção I - Seus comentários.

A avaliação de cada dimensão é estimada com base no percentual de respostas positivas, obtido pelo cálculo da combinação das duas categorias mais altas de resposta em cada dimensão. Valores percentuais mais altos indicam atitudes positivas em relação à cultura de segurança do paciente (NIEVA; SORRA, 2003).

### 3.5 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de julho a setembro de 2016 pela própria pesquisadora.

Para o início da coleta de dados, foi apresentado o projeto de pesquisa para as chefias das equipes de cada unidade da instituição após a autorização do CEP/UFPI. Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos, metodologia, riscos e benefícios do estudo. Os profissionais foram informados da possibilidade de recusar-se a participar ou de interromper sua participação a qualquer momento e que deveriam comunicar à pesquisadora sobre sua decisão para que a coleta dos dados relativos ao estudo fosse imediatamente interrompida.

A partir do aceite do profissional, este recebia um envelope contendo uma cópia do instrumento, sem nenhum tipo de identificação, para ser preenchido e devolvido posteriormente, com data de devolução preestabelecida, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias de igual conteúdo, permanecendo uma com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa garantindo, desse modo, seu sigilo e anonimato.

Finalizando o preenchimento do instrumento, o mesmo era devolvido à pesquisadora e colocado em uma pasta. O instrumento era entregue ao profissional

durante o expediente de trabalho e a devolução era marcada pelo próprio participante.

Foram realizadas três tentativas de busca dos profissionais de saúde do hospital, caso um não aceitasse participar ou não fosse encontrado, convidava-se outro.

Os questionários foram entregues a 400 profissionais de saúde e obteve-se a devolutiva de 365. Após a aplicação dos critérios de exclusão recomendados por Sorra e Neiva (2004), foram considerados 320 (n=320) questionários.

### 3.6 Organização dos dados

Inicialmente foi realizada a organização dos dados mediante a revisão manual dos questionários recebidos. Após a coleta dos dados, a AHRQ recomenda alguns requisitos para exclusão dos questionários preenchidos: questionários com menos de uma seção inteira preenchida; questionário com menos da metade dos itens preenchidos ao longo de todo o documento; questionário com uma seção inteira de itens respondidos com a mesma resposta denotando que se todas as respostas são iguais, o respondente não deu a devida atenção ao questionário (SORRA; NEIVA, 2004).

Dessa forma, os autores acima realçam a importância de obter uma taxa de resposta alta para permitir a generalização dos resultados da pesquisa. Nesse sentido, são necessários respondentes suficientes para representar fielmente o hospital e permitir que os resultados reflitam a cultura de segurança da organização. Portanto, deve-se considerar como meta mínima do investigador taxa global de respostas entre 30% a 50%, e quanto maior essa taxa, maior é a confiança quanto à representação adequada dos pontos de vista dos profissionais do hospital.

O questionário contém perguntas formuladas positivamente e outras formuladas negativamente. Na análise global das dimensões foi feita a inversão das perguntas que estão no sentido negativo (SORRA; NIEVA, 2004).

Assim, a codificação dos itens redigidos de forma negativa, como "Os profissionais que consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles", foi invertida para associar os valores mais elevados das respostas a uma cultura de segurança mais desenvolvida. Foram invertidos os escores dos itens 5, 7-8, 10, 12, 14, 16-17 da seção "área/unidade de trabalho"; itens 3 e 4 para

“supervisor/chefe”; item 6 para “comunicação”; e itens 2-3, 5-7, 9 e 11 da seção “seu hospital”. A seção “frequência de eventos relatados” continha somente itens positivos. O Quadro 3 apresenta os itens de codificação separadamente:

Quadro 3: Distribuição das seções em 12 dimensões conforme números de itens positivos e negativos do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.

N	Dimensão	Nº de itens	Positivos	Negativos
D1	Trabalho em equipe dentro das unidades	04	A1, A3, A4, A11	-
D2	Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente	04	B1, B2	B3, B4
D3	Aprendizado organizacional, melhoria contínua	03	A6, A9, A13	-
D4	Feedback e comunicação a respeito de erros	03	C1, C3, C5	-
D5	Abertura para comunicações	03	C2, C4	C6
D6	Pessoal	04	A2	A5, A7, A14
D7	Resposta não punitiva aos erros	03	A8	A12, A16
D8	Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	03	F1, F8	F9
D9	Trabalho em equipe entre as unidades do hospital	04	F4, F10	F2, F6
D10	Transferências internas e passagens de plantão	04	-	F3, F5, F7, F11
D11	Percepção geral da segurança do paciente	04	A15, A18	A10, A17
D12	Frequência de eventos relatados	03	D1, D2, D3	-

Os resultados da aplicação do questionário podem apontar quais as fortalezas (forças de segurança) e as áreas que necessitam de melhoria (oportunidades de melhoria) na cultura de segurança do paciente na organização hospitalar, de acordo com a percentagem de respostas nos diferentes itens (SORRA; NIEVA, 2004), conforme o Quadro 4:

Quadro 4: Áreas frágeis e fortalecidas da segurança do paciente conforme o *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.

Áreas frágeis da segurança do paciente	Dimensões com % de respostas positivas inferiores a 50%
Áreas fortalecidas da segurança do paciente	Dimensões com % de respostas positivas iguais ou maiores que 75%

Para a análise dos resultados das 12 dimensões da cultura de segurança, estas foram agrupadas em três áreas: dimensões que ocorrem ao nível da unidade, dimensões no âmbito do hospital e variáveis de resultado, sendo que nesta última também se integram o número ocorrências notificadas e o grau de segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004) conforme Quadro 5:

Quadro 5: Agrupamento das dimensões que ocorrem ao nível da unidade, no âmbito do hospital e variáveis de resultado do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.

Dimensões ao nível da unidade	1 Trabalho em equipe dentro das unidades 2 Expectativas e ações do gestor na promoção da segurança do paciente 3 Aprendizagem organizacional – melhoria continua 4 Feedback e comunicação de erros 5 Abertura na comunicação 6 Pessoal 7 Resposta não punitiva ao erro
Dimensões ao nível da organização hospital	8 Apoio da gestão hospitalar 9 Trabalho em equipe entre unidades 10 Transferências e passagem de plantão
Variáveis de resultado	11 Percepções gerais sobre a segurança do paciente 12 Frequência de eventos relatados Número ocorrências notificadas Grau de segurança do paciente

Para as análises descritivas, os níveis da escala Likert foram categorizados em tipos de resposta: positiva (“concordo totalmente” e “concordo”/“sempre” ou “quase sempre”), neutra (“nem concordo, nem discordo”/“às vezes”) e negativa (“discordo totalmente” e “discordo”/“nunca” ou “raramente”).

### 3.7 Análise dos dados

O Índice de Cultura de Segurança (ICSd) de cada domínio, conforme avaliação do profissional, foi calculado a partir do somatório dos escores alcançados nos itens na dimensão ( $E_i$ ) e do somatório dos escores máximos possíveis para os itens desta dimensão ( $E_{\text{máx } i}$ ), com base em aplicação matemática para obtenção de um coeficiente (POLLOCK, 2012), representada pela fórmula:

$$ICSd = \frac{\sum_{i=1}^n E_i}{\sum_{i=1}^n E_{máx i}}$$

Para o cálculo do Índice de Cultura de Segurança total (ICSt) de cada profissional, procedeu-se com a média aritmética das medidas dos índices obtidos nas doze dimensões. Foi concedida ao respondente a possibilidade de deixar sentenças em branco (*missings*), caso considere que o conteúdo ao qual o item se refere não se aplica à realidade do seu local de trabalho. A computação dos ICSd dos *missings* considerou para o escore máximo possível a totalidade de itens que o profissional julgou aplicáveis.

A medida de cada dimensão para o hospital (ICSdh) foi obtida a partir da média aritmética das medidas de ICSd da avaliação da amostra (320). O Índice de Cultura de Segurança total do hospital (ICSth) foi obtido a partir da média aritmética das medidas dos índices calculados nas dozes dimensões a partir das avaliações dos profissionais.

A pontuação final varia de 0 a 1 (0% a 100%) e os itens foram classificados em: áreas de melhoria (de 0 a 50%), moderadas (entre 50 a 75%) e áreas de força (entre 75 a 100%). Os dados foram processados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0, e calculadas estatísticas descritivas, como médias, medianas, desvio padrão, intervalo interquartil, mínimos e máximos para as variáveis quantitativas, e frequências para as qualitativas. Foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade dos dados.

Foram utilizados os testes de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis, para as variáveis categóricas, e Teste de Correlação de Spearman para as variáveis contínuas, quando se tratou do nível de cultura de segurança como medida quantitativa. Todas as análises foram realizadas ao nível de significância de 5%.

O coeficiente de Correlação de Spearman ( $| r |$ ) é a medida do grau e da direção de uma relação linear entre duas variáveis quantitativas que variam juntas (LARSON; FARBER, 2010). Este varia de -1 a +1 e quanto maior o valor absoluto do coeficiente, mais forte será a relação entre as variáveis. Um valor absoluto de 1 indica uma relação perfeita e um valor zero indica ausência de relação. O Quadro 6 apresenta a relação de força de acordo com Pollock (2012):

Quadro 6 - Distribuição do coeficiente de Correlação de Spearman associado à força da relação

Coeficiente de correlação	Força da relação
$ r  < 0,20$	Muito baixa
$0,20 \leq  r  < 0,39$	Baixa
$0,40 \leq  r  < 0,69$	Moderada
$0,70 \leq  r  < 0,89$	Alta
$0,90 \leq  r  < 1$	Muito alta
$ r  = 1$	Perfeita

Para a análise da consistência interna do HSOPSC, utilizou-se o coeficiente *Alpha* de Cronbach para avaliar o grau de uniformidade e coerência entre as respostas dos participantes a cada um dos itens que compõem o instrumento, isto é, o grau em que a variância geral dos resultados associa-se ao somatório das variâncias individuais. Valores de *Alpha* de Cronbach acima de 0,7 foram considerados satisfatórios para o estudo.

O coeficiente alfa de Cronbach é uma das medidas estatísticas mais utilizadas em pesquisas envolvendo a construção de testes e validação de formulários. Este coeficiente se baseia na correlação média entre dois itens e é aplicado para mensurar a confiabilidade da consistência interna de uma escala e avaliar a magnitude em que os itens de um instrumento estão correlacionados. O Alfa de Cronbach é a medida pela qual algum constructo, conceito ou fator medido está presente em cada item, que geralmente um grupo de itens que explora um fator comum mostra um elevado valor de alfa de Cronbach (ALMEIDA; SANTOS; COSTA, 2010).

É utilizado para medir a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa e este varia de 0 a 1, que quanto mais próximo de 1(um), melhor é a confiabilidade do instrumento. O valor mínimo aceitável para o coeficiente alfa de Cronbach é 0,70, e valores inferiores implicam que a consistência interna da escala utilizada pode ser considerada baixa. Por outro lado, o valor máximo esperado é 0,90. Valores superiores indicam que pode existir redundância ou duplicação, isto é, alguns itens estão medindo exatamente o mesmo elemento de um constructo. De modo geral, são preferidos valores de alfa entre 0,80 e 0,90 (FREITAS *et al.*, 2014).

Na análise da questão discursiva do questionário (Secção I: seus comentários) cuja resposta não era indispensável e foi respondida por 63 (n=63) participantes, fez-se a distribuição de frequência dos comentários sobre segurança de paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital.

Esses comentários foram agrupados em quatro categorias: aspectos relacionados aos recursos materiais, humanos e de infraestrutura considerados pelos profissionais como importantes para a segurança do paciente; dificuldades ou aspectos considerados como barreira ou dificultadores na segurança do paciente; reconhecimento por parte dos profissionais sobre a importância das notificações para a segurança do paciente; e sugestões dos profissionais para melhorar a segurança e qualidade da assistência.

### 3.8 Aspectos éticos e legais

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí com parecer nº 1.513.759 (ANEXO C).

Foram cumpridas todas as exigências do Conselho Nacional de Saúde no que diz respeito à execução de pesquisas com seres humanos, segundo a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013b). Dentre elas, a obrigatoriedade de que os participantes fossem esclarecidos sobre os procedimentos adotados durante toda a pesquisa, os possíveis riscos e benefícios, a finalidade de elaboração de uma pesquisa científica baseada nos resultados do estudo e a possibilidade de desistência a qualquer tempo, caso o participante considerasse conveniente.

Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) para cada profissional que concordou em participar da pesquisa, em duas vias, sendo que uma das cópias ficou de posse da pesquisadora e a outra de posse do participante.

## 4 RESULTADOS

Os resultados encontram-se apresentados nos seguintes tópicos: características sociodemográficas e de trabalho dos profissionais de saúde; identificação dos pontos fortes e fracos da cultura de segurança do paciente conforme avaliação dos profissionais de saúde; análise das dimensões da cultura de segurança do paciente percebidas pelos profissionais; comparação dos índices de cultura de segurança do paciente conforme características das unidades do hospital e de trabalho dos profissionais; correlação da segurança do paciente, escore da nota de segurança e eventos notificados conforme avaliação dos profissionais; verificação da consistência interna do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* conforme dados da avaliação dos profissionais de saúde; análise dos comentários dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do paciente vigente no hospital de ensino e as limitações do estudo.

### 4.1. Características sociodemográficas e de trabalho dos profissionais de saúde

Participaram deste estudo 320 (100%) profissionais com média de idade de 45,5 ( $\pm 10,7$ ) anos, mínima de 24 e máxima de 71 anos, maioria do sexo feminino, 258 (80,6%). Quanto ao tempo de trabalho, 126 (39,4%) atuavam há 21 anos ou mais no hospital e 101 (31,6%) na mesma unidade, a maioria com carga horária semanal de 20 a 39 horas, 270 (84,4%). No que se refere ao cargo ou função exercida na instituição, 187 (58,4%) eram técnicos ou auxiliares de enfermagem, 50 (15,6%) enfermeiros, 39 (12,2%) médicos, 36 (11,3%) profissionais de nível superior e 8 (2,5%) profissionais do nível médio.

Foram 308 (96,2%) os que declararam interação ou contato direto com o paciente. Os profissionais atuam na especialidade ou profissão atual há 17,2 ( $\pm 9,9$ ) anos, em média, com mínimo de um e máximo de 51 anos. Sobre o grau de instrução, predominou o ensino médio, 134 (41,9%), seguido de nível superior e especialização, 109 (34,1%) (Tabela 1).



Tabela 1 - Características sociodemográficas e de trabalho dos profissionais (n=320). Teresina, PI, Brasil, 2016

<b>Características</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade<sup>1</sup></b>	<b>45,5</b>	<b>10,7</b>		
Menos de 45 anos			140	45,9
45 anos ou mais			165	54,1
<b>Sexo</b>				
Feminino			258	80,6
Masculino			62	19,4
<b>Tempo de trabalho no hospital</b>				
1 a 5 anos			74	23,1
6 a 10 anos			73	22,8
11 a 15 anos			25	7,8
16 a 20 anos			22	6,9
21 anos ou mais			126	39,4
<b>Tempo de trabalho na unidade</b>				
Menos de 1 ano			10	3,1
1 a 5 anos			98	30,6
6 a 10 anos			62	19,4
11 a 15 anos			30	9,4
16 a 20 anos			19	5,9
21 anos ou mais			101	31,6
<b>Carga horária semanal</b>				
20 a 39 horas por semana			270	84,4
40 a 59 horas por semana			34	10,6
60 a 79 horas por semana			11	3,4
80 a 99 horas por semana			2	0,7
100 horas por semana ou mais			3	0,9
<b>Cargo ou função no hospital</b>				
Enfermeiro			50	15,6
Técnico de Enfermagem			166	51,8
Auxiliar de Enfermagem			21	6,6
Médico			39	12,2
Fisioterapeuta			18	5,6
Assistente Social			6	1,9
Psicólogo			2	0,7
Nutricionista			4	1,2
Farmacêutico			6	1,9
Técnico de Laboratório			3	0,9
Técnico de Radiologia			5	1,6
<b>Interação ou contato direto com pacientes</b>				
Sim			308	96,2
Não			12	3,8
<b>Tempo de trabalho na especialidade<sup>2</sup></b>	<b>17,2</b>	<b>9,9</b>		
Menos de 16 anos			159	50,8
16 anos ou mais			154	49,2
<b>Grau de instrução</b>				
Até o ensino Médio			134	41,9
Ensino Superior completo			54	16,8
Pós-graduação (especialização)			109	34,1
Pós-graduação (mestrado ou doutorado)			23	7,2
<b>Total</b>			<b>320</b>	<b>100,0</b>

Legenda: M: média; DP: desvio padrão; <sup>1</sup>: n=305; <sup>2</sup>: n=313

## 4.2 Identificação dos pontos fortes e fracos da cultura de segurança do paciente conforme avaliação dos profissionais de saúde

Na Tabela 2, observa-se que as avaliações das dimensões da cultura de segurança do paciente foram organizadas conforme respostas negativas, neutras e positivas.

Tabela 2 - Distribuições de frequências das avaliações de cultura de segurança estratificadas por tipo de resposta dos profissionais (n=320). Teresina, PI, Brasil, 2016

Continua...

Dimensão	Tipo de resposta					
	Negativa		Neutra		Positiva	
	N	%	N	%	n	%
<b>Trabalho em equipe nas unidades</b>						
Apoio interpessoal na unidade	39	12,2	57	17,8	224	70,0
Trabalho em equipe <sup>1</sup>	54	16,9	55	17,2	210	65,9
Respeito entre os profissionais da unidade <sup>2</sup>	20	6,3	61	19,1	239	74,6
Apoio entre unidades de trabalho	110	34,4	50	15,6	160	50,0
<b>Expectativas e ações de Segurança do Paciente</b>						
Elogios frente a ações de melhoria	85	26,6	55	17,2	180	56,2
Consideração de sugestões <sup>1</sup>	55	17,2	55	17,2	209	65,6
Trabalho rápido, salto de etapas	45	14,1	60	18,7	215	67,2
Atenção a problemas repetitivos	45	14,1	40	12,5	235	73,4
<b>Aprendizado organizacional</b>						
Ações ativas para promoção de segurança <sup>1</sup>	33	10,3	46	14,4	240	75,3
Mudanças a partir de erros	66	20,8	62	19,5	190	59,7
Avaliação da efetividade de ações	62	19,4	54	16,8	204	63,8
<b>Feedback e comunicação de erros</b>						
Divulgação de informações de relatórios	70	21,8	125	39,1	125	39,1
Informações sobre os erros que acontecem	88	27,5	101	31,6	131	40,9
Discussão para prevenção de erros	80	25,0	76	23,8	164	51,2
<b>Abertura para comunicações</b>						
Liberdade para expressar problemas	33	10,3	70	21,9	217	67,8
Questionamento de decisões superiores <sup>1</sup>	107	33,4	81	25,3	132	41,3
Questionamento de situações inseguras <sup>1</sup>	67	21,0	96	30,1	156	48,9
<b>Pessoal</b>						
Quantitativo suficiente para o serviço <sup>3</sup>	235	74,2	22	6,9	60	18,9
Carga horária de trabalho <sup>4</sup>	133	42,1	63	19,9	120	38,0
Quantitativo de profissionais temporários <sup>1</sup>	64	20,1	65	20,3	190	59,6
Trabalho em situação de crise <sup>3</sup>	138	43,5	66	20,8	113	35,7
<b>Resposta não punitiva aos erros</b>						
Abordagem frente a erros ou falhas <sup>2</sup>	195	61,3	49	15,4	74	23,3
Foco sobre o problema que gerou o erro <sup>1</sup>	198	62,1	54	16,9	67	21,0
Preocupação quanto ao registro do erro	199	62,2	46	14,4	75	23,4
<b>Apoio da gestão hospitalar para a Segurança do Paciente</b>						
Organização de um clima de segurança	66	20,6	82	25,6	172	53,8
Segurança do paciente como prioridade <sup>1</sup>	57	17,9	66	20,7	196	61,4
Atenção precedente aos eventos adversos <sup>1</sup>	105	32,9	51	16,0	163	51,1
<b>Trabalho em equipe entre as unidades</b>						
Coordenação entre as unidades <sup>1</sup>	135	42,4	92	28,8	92	28,8
Cooperação entre as unidades	104	32,5	93	29,1	123	38,4
Relacionamento interprofissional <sup>2</sup>	105	33,0	68	21,4	145	45,6
Trabalho eficaz e em conjunto	70	21,9	84	26,2	166	51,9

Tabela 2 - Distribuições de frequências das avaliações de cultura de segurança estratificadas por tipo de resposta dos profissionais (n=320). Teresina, PI, Brasil, 2016

Dimensão	Tipo de resposta					
	Negativa		Neutra		Positiva	
	N	%	N	%	n	%
<b>Transferências e passagem de plantão</b>						
Cuidado durante transferências	131	41,5	75	23,7	110	34,8
Passagem de informações entre plantões <sup>2</sup>	129	40,6	57	17,9	132	41,5
Troca de informações entre unidades <sup>4</sup>	139	44,0	95	30,1	82	25,9
Atenção às mudanças de plantão ou turno <sup>2</sup>	65	20,4	59	18,6	194	61,0
<b>Percepção geral da Segurança do Paciente</b>						
Prevenção de erros ou falhas graves <sup>5</sup>	86	28,0	77	25,1	144	46,9
Segurança em função da carga de trabalho <sup>2</sup>	155	48,8	44	13,8	119	37,4
Inexistência de problemas de segurança <sup>1</sup>	187	58,6	57	17,9	75	23,5
Sistemas de prevenção de erros <sup>1</sup>	85	26,7	83	26,0	151	47,3
<b>Frequência de eventos relatados</b>						
Relato de falha corrigida <sup>1</sup>	123	38,6	81	25,3	115	36,1
Relato de falha sem risco de danos	142	44,4	72	22,5	106	33,1
Relato de falha que não causou danos	135	42,2	62	19,4	123	38,4

Legenda: <sup>1</sup>: n=319; <sup>2</sup>: n=318; <sup>3</sup>: 317; <sup>4</sup>: n=316; <sup>5</sup>: n= 307

Na Tabela 2, nos itens dentro das dimensões com respostas positivas, predominaram: o respeito entre os profissionais da unidade, 239 (74,6%); a atenção a problemas repetitivos, 235 (73,4%); as ações ativas para promoção de segurança, 240 (75,3%); a discussão para prevenção de erros, 164 (51,2%); a liberdade para expressar problemas, 217 (67,8%); a segurança do paciente como prioridade, 196 (61,4%); o trabalho eficaz e em conjunto, 166 (51,9%); a atenção às mudanças de plantão ou turno, 194 (61,0%).

Para as dimensões com respostas negativas, destacaram-se: *Pessoal*, com quantitativo suficiente para o serviço, 235 (74,2%); *Resposta não Punitiva aos Erros*, preocupação quanto ao registro do erro, 199 (62,2%); *Percepção Geral da Segurança do Paciente*, a inexistência de problemas de segurança, 187 (58,6%); e *Frequência de Eventos Relatados*, o relato de falha sem risco de danos, 142 (44,4%) (Tabela 2).

#### 4.3 Análise das dimensões da cultura de segurança do paciente percebidas pelos profissionais

Para a medida dos ICS na perspectiva dos profissionais da instituição por dimensão, as de *Pessoal* e de *Resposta não Punitiva aos Erros* obtiveram,

respectivamente, 57,34% e 50,58%, tendo valores próximos à área de melhoria de 7,34% e 0,58% (Tabela 3).

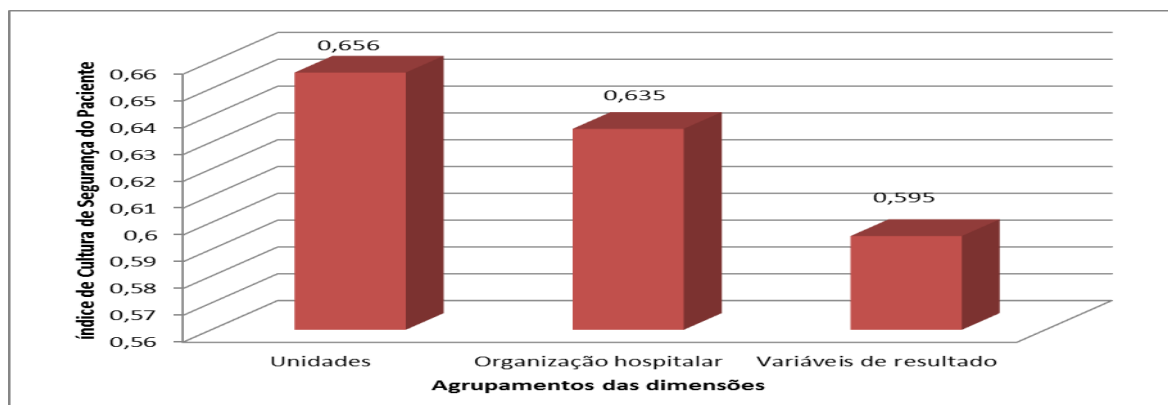
Tabela 3 - Medida do Índice de Cultura de Segurança na perspectiva dos profissionais da instituição (n=320) conforme domínios do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Teresina, PI, Brasil, 2016

Dimensão	M	DP	Mín	Máx
Trabalho em equipe nas unidades	71,21	13,66	25,00	100,00
Expectativas e ações de SP	71,38	14,36	30,00	100,00
Aprendizado organizacional	71,62	14,20	20,00	100,00
Feedback e comunicação de erros	66,79	19,60	20,00	100,00
Abertura para comunicações	70,25	18,32	20,00	100,00
Pessoal	57,34	13,05	20,00	95,00
Resposta não punitiva aos erros	50,58	12,49	20,00	87,00
Apoio da gestão hospitalar	67,28	15,69	20,00	100,00
Trabalho em equipe entre unidades	61,75	13,74	20,00	95,00
Transferências e passagem de plantão	61,38	14,15	20,00	95,00
Percepção geral da SP	59,36	12,74	20,00	95,00
Frequência de eventos relatados	59,65	24,16	20,00	100,00
<b>ICS total</b>	<b>64,07</b>	<b>8,95</b>	<b>34,00</b>	<b>86,00</b>

Legenda: M: média; DP: desvio padrão; Mín: mínimo; Máx: máximo; ICS: Índice de Cultura de Segurança

Avaliando-se os agrupamentos das dimensões, a que obteve maior média de ICS do paciente foi âmbito das unidades de 0,656, seguido da organização hospitalar de 0,635 e variáveis de resultado de 0,595. As diferenças entre as distribuições foram estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ), conforme Figura 2.

Figura 2 - Índice de Cultura de Segurança segundo os níveis com agrupamento dos domínios referentes às unidades, organização hospitalar e variável de resultados, na perspectiva dos profissionais de saúde (n=320). Teresina, PI, Brasil (2016)



#### 4.4 Comparação dos Índices de Cultura de Segurança do paciente conforme características das unidades do hospital e de trabalho dos profissionais

Quando comparados os ICS, observa-se que há diferenças significativas nas dimensões *Trabalhos em Equipe nas Unidades* ( $p=0,049$ ) e *Expectativas e Ações de Segurança do Paciente* ( $p=0,030$ ) em relação ao sexo. Quanto às *Expectativas e Ações de Segurança do Paciente*, destaca-se como significativo o Tempo de trabalho no hospital ( $p=0,027$ ) e o Tempo de trabalho na unidade ( $p=0,047$ ) e, para o *Aprendizado Organizacional* é expressivo a carga horária ( $p=0,039$ ) (Tabela 4).

Tabela 4 - Comparações dos Índices de Cultura de Segurança nas dimensões *Trabalhos em Equipe nas Unidades*, *Expectativas e Ações de Segurança do Paciente* e *Aprendizado Organizacional* identificados conforme características das unidades do hospital e de trabalho dos profissionais ( $n=320$ ). Teresina, PI, Brasil (2016)

Característica	Trabalho em equipe nas unidades		Expectativas e ações de SP		Aprendizado organizacional	
	M±DP	Valor de p*	M±DP	Valor de p*	M±DP	Valor de p*
<b>Sexo</b>		0,049		0,030		0,071
Feminino	71,86±13,9		72,15±14,3		72,47±13,5	
Masculino	68,52±11,9		68,15±13,9		68,1±16,2	
<b>Tempo de trabalho no hospital</b>		0,750		0,027		0,248
1 a 5 anos	70±14,1		68,58±16,6		68,3±15,5	
6 a 10 anos	72,88±12,7		73,29±14,6		72,44±12,8	
11 a 15 anos	69,8±12,1		76,6±11,3		73,88±12,5	
16 a 20 anos	71,5±11,3		75,68±11,2		71,55±15,7	
21 anos ou mais	71,19±14,6		70,12±13,2		72,67±14	
<b>Tempo de trabalho na unidade</b>		0,972		0,047		0,624
Menos de 1 ano	74±15,4		69,5±15,3		68±12,4	
1 a 5 anos	71,22±13,5		68,98±15,7		70,14±14,7	
6 a 10 anos	71,53±13		74,35±14,4		73,9±13,3	
11 a 15 anos	68,67±14,1		74,83±12,8		72±13,8	
16 a 20 anos	72,53±11,1		76,32±12,4		71,21±17,8	
21 anos ou mais	71,24±14,4		70,1±13		71,99±13,7	
<b>Carga horária semanal</b>		0,219		0,801		0,039
20 a 39 horas por semana	71,27±13,6		71,26±14,1		71,13±13,7	
40 a 59 horas por semana	72,21±14		72,65±15,9		72,97±15	
60 a 79 horas por semana	73,18±8,4		73,64±12,8		84,27±11,6	
80 a 99 horas por semana	47,5±17,6		65±14,1		56,5±23,3	
100 horas por semana ou mais	63,33±7,6		63,33±27,5		64,33±28	
<b>Categorias profissionais</b>		0,453		0,009		0,026
Enfermeiros	73,2±12,6		76,8±10,5		74,98±12,2	
Médicos	67,9±12,2		66,03±14,1		64,49±16,4	
Técnicos de enfermagem	71,02±14,9		70,45±14,8		71,98±13,4	
Demais profissionais de nível superior	71,25±13,3		73,06±15,3		72,06±15,8	
Demais profissionais de nível médio	73,28±9,1		72,41±13,4		72,9±13,6	
<b>Unidades do hospital</b>		0,005		0,633		0,091
Unidade de Terapia Intensiva	71,8±12,1		73,24±11,7		70,15±14,3	
Centro cirúrgico	65,1±12		70,1±14,4		68,65±12,5	
Unidades de internação	72,53±14,5		70,95±14,3		72,3±14,6	
Outros setores	72,44±12,5		71,15±18,4		75,44±13,3	

Legenda: M: média; DP: desvio padrão; \*: significância do Teste de Mann-Whitney (para duas categorias) / Teste de Kruskal-Wallis (para três ou mais categorias)

Na Tabela 4, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos ICS do paciente e as avaliações das categorias profissionais nas dimensões *Expectativas e Ações de Segurança do Paciente* ( $p=0,009$ ) e *Aprendizado Organizacional* ( $p=0,026$ ). As unidades do hospital diferenciaram-se significativamente quanto à percepção de segurança do paciente na dimensão *Trabalho em Equipe nas Unidades* ( $p=0,005$ ).

Tabela 5 - Comparações dos Índices de Cultura de Segurança nas dimensões *Feedback e Comunicação de Erros, Abertura para Comunicações e Pessoal* identificados conforme características das unidades do hospital e de trabalho dos profissionais (n=320). Teresina, PI, Brasil, 2016

Característica	Feedback e comunicação de erros		Abertura para comunicações		Pessoal	
	M±DP	Valor de p*	M±DP	Valor de p*	M±DP	Valor de p*
<b>Sexo</b>		0,000		0,594		0,414
Feminino	68,8±18,8		70,5±18,2		57,52±12,7	
Masculino	58,42±20,7		69,19±18,9		56,56±14,2	
<b>Tempo de trabalho no hospital</b>		0,054		0,000		0,426
1 a 5 anos	65,28±21,8		68,43±19,3		55,68±14,9	
6 a 10 anos	67,82±18,4		74,55±16		59,75±11,7	
11 a 15 anos	71,96±16,5		80,32±15,3		59±12,4	
16 a 20 anos	76,05±18,3		76,41±14,4		56,5±12,9	
21 anos ou mais	64,44±19,1		65,75±18,7		56,72±12,6	
<b>Tempo de trabalho na unidade</b>		0,384		0,006		0,479
Menos de 1 ano	73,9±19,1		71,5±16,5		60,5±16,7	
1 a 5 anos	67,28±21,5		70,11±17,5		56,58±14,6	
6 a 10 anos	67,98±18,7		74,53±17,2		59,58±11,4	
11 a 15 anos	70,4±18		77,63±16,6		59±12,6	
16 a 20 anos	67,74±17,7		72,26±13,3		58,79±12,9	
21 anos ou mais	63,63±18,8		65,05±19,9		55,6±11,9	
<b>Interação ou contato direto com pacientes</b>		0,001		0,002		0,126
Sim	66,11±19,4		69,65±18,1		57,08±13	
Não	84,25±14		85,5±17,8		63,75±12,8	
<b>Tempo de trabalho na especialidade<sup>†</sup></b>		0,223		0,001		0,289
Menos de 16 anos	68,1±19,2		73,43±17,7		57,97±13,7	
16 anos ou mais	65,32±19,7		66,66±18,5		56,46±12,2	
<b>Grau de instrução</b>		0,705		0,004		0,055
Até o ensino Médio	66,35±18,6		66,75±17,4		55,71±13,4	
Ensino superior	67,11±20,3		72,76±18,5		58,51±12,6	
<b>Categorias profissionais</b>		<0,001		<0,001		0,014
Enfermeiros	79,86±13,9		81,38±16,0		57,02±11,4	
Médicos	54,56±18,7		70,44±19,7		57,26±12,6	
Técnicos de enfermagem	65,46±19,0		65,22±17,8		55,79±13,3	
Demais profissionais de nível superior	69,61±20,6		75,14±16,5		59,44±13	
Demais profissionais de nível médio	64,79±18,8		73,52±14,6		64,21±12,5	
<b>Unidades do hospital</b>		0,016		0,145		0,012
Unidade de Terapia Intensiva	66,57±18,9		68,77±17,9		59,74±13,2	
Centro cirúrgico	63,67±20		70,63±19,7		54,31±10,7	
Unidades de internação	65,78±19,1		69,46±17		56,11±13,1	
Outros setores	75,23±20,6		75,77±21,7		61,54±13,3	

Legenda: M: média; DP: desvio padrão; \*: significância do Teste de Mann-Whitney (para duas categorias) / Teste de Kruskal-Wallis (para três ou mais categorias)

Em relação aos ICS, estatisticamente significativos, na dimensão *Feedback e Comunicação de Erros*, sobressaiu-se o sexo ( $p=0,000$ ) e a Interação ou contato direto com pacientes ( $p=0,001$ ). Na *Abertura para Comunicações*, o Tempo de trabalho no hospital ( $p=0,000$ ) e Tempo de trabalho na unidade ( $p=0,006$ ), a Interação ou contato direto com pacientes ( $p=0,002$ ), Tempo de trabalho na especialidade ( $p= 0,001$ ) e Grau de instrução ( $p=0,004$ ), e na dimensão *Pessoal* não houve nenhum índice significativo, conforme Tabela 5.

Nas dimensões: *Feedback e Comunicação de Erros* ( $p<0,001$ ), *Abertura para Comunicações* ( $p<0,001$ ), *Pessoal* ( $p=0,014$ ), os maiores índices foram encontrados para as categorias profissionais. Para as unidades do hospital foram observados os maiores índices, nas dimensões *Feedback e Comunicação de Erros* ( $p= 0,016$ ) e *Pessoal* ( $p= 0,012$ ) (tabela 5).

Tabela 6 - Comparações dos Índices de Cultura de Segurança nas dimensões Resposta não Punitiva aos Erros, Apoio da Gestão Hospitalar e Trabalho em Equipe entre Unidades identificadas conforme características das unidades do hospital e de trabalho dos profissionais ( $n=320$ ). Teresina, PI, Brasil, 2016

Característica	Resposta não punitiva aos erros		Apoio da gestão hospitalar		Trabalho em equipe entre unidades	
	M±DP	Valor de p*	M±DP	Valor de p*	M±DP	Valor de p*
<b>Idade*</b>		0,172		0,512		0,044
Menos de 45 anos	49,52±13		66,8±16		59,61±14,5	
45 anos ou mais	51,08±12		68,16±15,5		63,33±13	
<b>Sexo</b>		0,054		0,010		0,849
Feminino	49,9±12,2		68,51±15,1		61,9±13,3	
Masculino	53,4±13,1		62,19±16,9		61,13±15,2	
<b>Interação ou contato direto com pacientes</b>		0,416		0,031		0,083
Sim	50,52±12,5		66,87±15,5		61,46±13,7	
Não	52,08±11,7		77,83±16		69,17±12,2	
<b>Tempo de trabalho na especialidade†</b>		0,016		0,672		0,284
Menos de 16 anos	49,36±13		67,43±16,1		60,75±14,2	
16 anos ou mais	52,02±11,8		67,06±14,9		62,6±13	
<b>Categorias profissionais</b>		0,238		0,002		0,005
Enfermeiros	50,7±12,2		69,88±16,1		64±14,1	
Médicos	52,95±12,8		62,77±13,8		54,74±14,7	
Técnicos de enfermagem	49,52±12,6		65,42±15,6		61,3±12,7	
Demais profissionais de nível superior	52,75±12,5		71,97±17,4		66,39±13,7	
Demais profissionais de nível médio	50,59±11,2		73,76±11,6		64,14±14	
<b>Unidades do hospital</b>		0,327		0,003		0,062
Unidade de Terapia Intensiva	50,69±12,4		63,45±16,7		58,22±14	
Centro cirúrgico	52,96±12,3		68,16±15,1		63,27±12,2	
Unidades de internação	49,41±12,3		66,84±15,1		62,32±13,7	
Outros setores	52,15±13,3		75,28±13,9		64,23±14,2	

Legenda: M: média; DP: desvio padrão; \*: significância do Teste de Mann-Whitney (para duas categorias) / Teste de Kruskal-Wallis (para três ou mais categorias)

Os ICS estatisticamente significativos nas dimensões *Resposta não Punitiva* aos Erros são o tempo de trabalho na especialidade ( $p=0,016$ ); no *Apoio da Gestão Hospitalar*, destacou-se o sexo ( $p=0,010$ ) e interação ou contato direto com pacientes ( $p=0,031$ ); e no *Trabalho em Equipe entre Unidades* para a idade ( $p=0,044$ ). Nas avaliações das categorias profissionais verificou-se o maior índice nas dimensões *Apoio da Gestão Hospitalar* ( $p=0,002$ ) e *Trabalho em Equipe entre Unidades* ( $p=0,005$ ), e nas unidades do hospital, a dimensão de maior destaque foi o *Apoio da Gestão Hospitalar* ( $p=0,003$ ), conforme Tabela 6.

Tabela 7 - Comparação dos Índices de Cultura de Segurança nas dimensões Transferências e Passagem de Plantão, Percepção Geral da Segurança do Paciente e Frequência de Eventos Relatados identificados conforme características das unidades do hospital e de trabalho dos profissionais (n=320). Teresina, PI, Brasil, 2016

Característica	Transferências e passagem de plantão		Percepção geral da SP		Frequência de eventos relatados	
	M±DP	Valor de p*	M±DP	Valor de p*	M±DP	Valor de p*
<b>Idade*</b>		0,876		0,046		0,941
Menos de 45 anos	61,24±14,8		57,71±12,7		59,41±24,5	
45 anos ou mais	61,56±13,8		60,85±12,7		59,59±24	
<b>Sexo</b>		0,010		0,034		0,236
Feminino	62,47±13,9		60,14±12,2		60,41±24,2	
Masculino	56,82±14,3		56,1±14,1		56,4±23,6	
<b>Tempo de trabalho no hospital</b>		0,736		0,042		0,038
1 a 5 anos	60,45±14,2		55,41±13,6		54,24±23,5	
6 a 10 anos	61,74±14,1		60,16±11,8		61,38±23,8	
11 a 15 anos	59,12±13,3		62,6±12,5		71,64±22,5	
16 a 20 anos	63,55±15		57,5±14,8		63,91±29,3	
21 anos ou mais	61,79±14,2		60,9±11,9		58,67±23,3	
<b>Tempo de trabalho na unidade</b>		0,094		0,040		0,144
Menos de 1 ano	70,7±12,7		56±11,2		53,4±23,8	
1 a 5 anos	61,26±14,7		56,02±12,4		59,06±24,2	
6 a 10 anos	62,1±12,8		61,89±12,2		64,21±24,4	
11 a 15 anos	56,77±14		61,5±11,9		67,73±26,4	
16 a 20 anos	62,11±13,3		57,63±16,6		56,11±24,6	
21 anos ou mais	61,37±14,4		61,07±12,3		56,27±22,6	
<b>Grau de instrução</b>		0,261		0,008		0,828
Até o ensino Médio	62,4±13,8		61,72±12,3		59,51±25,4	
Ensino superior	60,65±14,3		57,66±12,7		59,73±23,2	
<b>Categorias profissionais</b>		0,002		0,182		0,092
Enfermeiros	62,3±14		58,16±11,6		65,86±21,3	
Médicos	53,41±13,7		55,05±13,8		54,15±22,1	
Técnicos de enfermagem	62,2±13,3		60,24±12,8		58,48±25,6	
Demais profissionais de nível superior	60,61±14,2		59,31±13,6		63,67±21,3	
Demais profissionais de nível médio	66,76±15,5		62,24±10,4		57,9±24,6	
<b>Unidades do hospital</b>		<0,001		0,160		0,355
Unidade de Terapia Intensiva	56,5±14		59,73±14,8		60,92±22,8	
Centro cirúrgico	57,49±11,4		59,73±12,8		59,8±24,2	
Unidades de internação	64,81±13,9		58,12±11,5		57,68±24,6	
Outros setores	61,62±14,4		63,21±12,4		64,95±24,2	

Legenda: M: média; DP: desvio padrão; \*: significância do Teste de Mann-Whitney (para duas categorias) / Teste de Kruskal-Wallis (para três ou mais categorias)



Foram verificadas diferenças significativas quanto aos ICS nas dimensões *Transferências e Passagem de Plantão* em relação ao sexo ( $p=0,010$ ); na *Percepção Geral da Segurança do Paciente*, idade ( $p=0,046$ ), tempo de trabalho no hospital ( $p=0,042$ ), tempo de trabalho na unidade ( $p=0,040$ ) e grau de instrução ( $p=0,008$ ); e *Frequência de Eventos Relatados*, tempo de trabalho no hospital ( $p=0,038$ ), conforme Tabela 7.

Na Tabela 7, foram averiguadas diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos ICS do paciente entre as avaliações das categorias profissionais e nas unidades do hospital na dimensão *Transferência e Passagem de Plantão* ( $p=0,002$  e  $p<0,001$ , respectivamente).

#### **4.5 Correlação da segurança do paciente, escore referente à nota de segurança e eventos notificados conforme avaliação dos profissionais**

Foram identificadas correlações positivas entre as dimensões *Percepção Geral da Segurança do Paciente*, *Frequência de Eventos Relatados* e o *Grau de Segurança do Paciente e Número de Eventos Relatados nos Últimos 12 meses*, entre relato de falha sem risco de danos e o relato de falha que não causou danos ( $r=0,741$ ;  $p<0,01$ ), relato de falha corrigida e o relato de falha sem risco de danos ( $r=0,728$ ;  $p<0,01$ ), relato de falha corrigida e o relato de falha que não causou danos ( $r=0,628$ ;  $p<0,01$ ), relato da segurança em função da carga de trabalho e o relato dos sistemas de prevenção de erros ( $r=0,403$ ;  $p<0,01$ ) (Tabela 8).

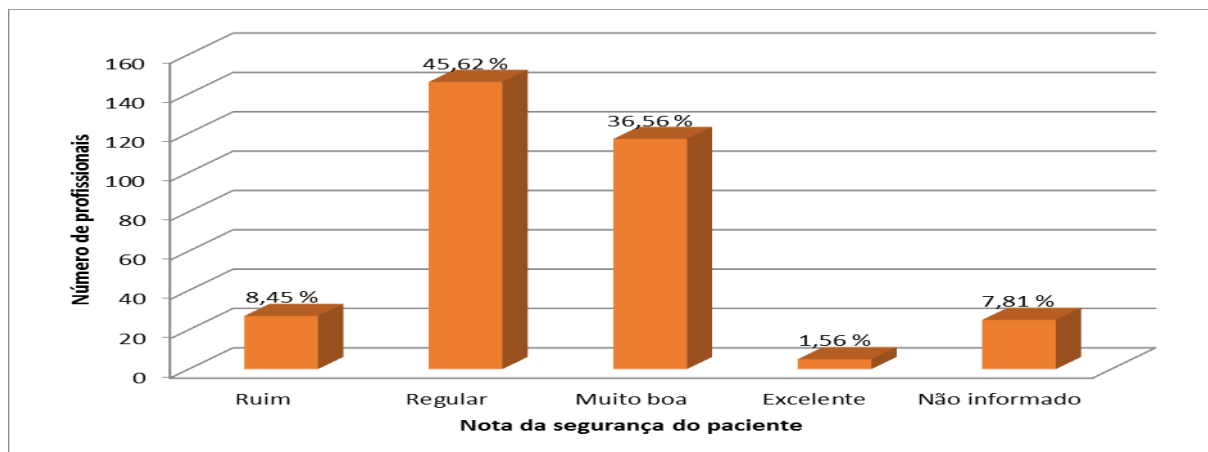
Tabela 8 - Correlação entre as dimensões Percepção Geral da Segurança do Paciente, Frequência de Eventos Relatados e o Grau de Segurança do Paciente e Número de Eventos Relatados nos últimos 12 meses. Teresina, PI, Brasil, 2016

	A10	A15	A17	A18	D1	D2	D3	Grau SP
<b>A10</b>	1							
<i>P</i>	-							
<b>A15</b>	-0,111	1						
<i>P</i>	0,054	-						
<b>A17</b>	-0,057	0,243	1					
<i>P</i>	0,320	<0,001	-					
<b>A18</b>	-0,084	0,403	0,311	1				
<i>P</i>	0,140	<0,001	<0,001	-				
<b>D1</b>	-0,036	0,254	0,195	0,261	1			
<i>P</i>	0,535	<0,001	<0,001	<0,001	-			
<b>D2</b>	-0,118	0,190	0,166	0,211	0,728	1		
<i>P</i>	0,038	0,001	0,003	<0,001	<0,001	-		
<b>D3</b>	0,019	0,205	0,107	0,218	0,628	0,741	1	
<i>P</i>	0,736	<0,001	0,057	<0,001	<0,001	<0,001	-	
<b>Grau SP</b>	-0,037	0,026	-0,052	0,043	0,136	0,171	0,103	1
<i>P</i>	0,515	0,650	0,357	0,442	0,015	0,002	0,065	-
<b>Nº de eventos comunicados</b>	0,052	0,194	0,343	0,302	0,289	0,270	0,240	0,114
<i>P</i>	0,363	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,042

Legenda: A10: Prevenção de erros ou falhas graves; A15: Segurança em função da carga de trabalho; A17: Inexistência de problemas de segurança; A18: Sistemas de prevenção de erros; D1: Relato de falha corrigida; D2: Relato de falha sem risco de danos; D3: Relato de falha que não causou danos; Grau SP: grau de segurança do paciente; A ausência de asterisco indica  $p \geq 0,05$ ; \*:  $p < 0,05$  e \*\*:  $p < 0,001$  (correlação de Spearman)

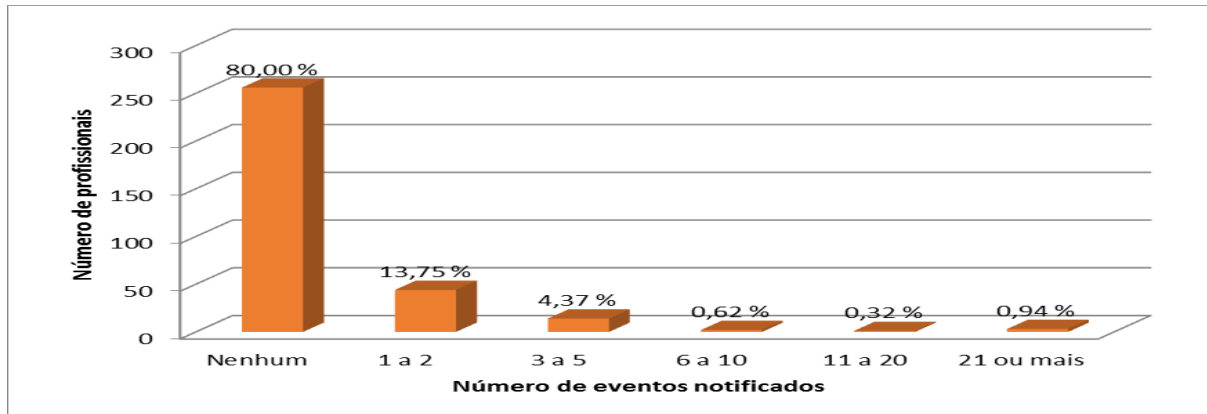
Na figura 3, pode-se verificar a nota da segurança do paciente atribuída pelos profissionais, dentre os quais 146 (45,62%) concederam nota “regular”, seguida de 117 (36,56%) “muito boa”, 27 (8,45 %) “ruim”, 5 (1,56%) “excelente” e 25 (7,81%) não opinaram em relação à nota de segurança do paciente.

Figura 3 - Distribuição percentual dos profissionais conforme avaliação da nota da segurança do paciente (n=320). Teresina, PI, Brasil, 2016



Sobre a frequência de eventos notificados nos últimos 12 meses, observou-se que a maioria dos profissionais de saúde, 256 (80%), não apresentou nenhuma notificação, seguida de 44 (13,75%) (Figura 4).

Figura 4 - Distribuição percentual do número de eventos notificados conforme avaliação dos profissionais (n=320). Teresina, PI, Brasil, 2016



#### 4.6 Verificação da consistência interna do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* conforme dados da avaliação dos profissionais de saúde

O Alfa de Cronbach do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* na amostra de profissionais do estudo foi de 0,801, destacando a boa confiabilidade (Tabela 9).

Tabela 9 - Alfa de Cronbach do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* na amostra de profissionais do estudo (n=320). Teresina, PI, Brasil, 2016

Dimensão	Média de escala se o item for excluído	Variância da escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Trabalho em equipe nas unidades	6,97	1,025	0,384	0,796
Expectativas e ações de SP	6,97	0,977	0,537	0,783
Aprendizado organizacional	6,97	0,965	0,590	0,779
Feedback e comunicação de erros	7,02	0,875	0,644	0,769
Abertura para comunicações	6,98	0,938	0,504	0,785
Pessoal	7,11	1,046	0,325	0,800
Resposta não punitiva aos erros	7,18	1,137	-0,010	0,823
Apoio da gestão hospitalar	7,01	0,955	0,558	0,780
Trabalho em equipe entre unidades	7,07	0,988	0,525	0,785
Transferências e passagem de plantão	7,07	1,017	0,396	0,795
Percepção geral da SP	7,09	1,020	0,444	0,792
Frequência de eventos relatados	7,09	0,859	0,519	0,788
<b>Global</b>	<b>7,68</b>	<b>1,150</b>	<b>-</b>	<b>0,801</b>

#### **4.7 Análise dos comentários dos profissionais de saúde quanto à cultura de segurança do paciente no hospital de ensino**

Em relação à segurança do paciente, erro ou relato de eventos no hospital, alguns participantes relataram comentários acerca da temática. Ao final da exploração do conteúdo, foram agrupadas quatro categorias: Aspectos relacionados aos recursos materiais, humanos e de infraestrutura considerados pelos profissionais como importantes para a segurança do paciente; Dificuldades ou aspectos considerados como barreira ou dificultadores na segurança do paciente; Reconhecimento por parte dos profissionais sobre a importância das notificações para a segurança do paciente; e Sugestões dos profissionais para melhorar a segurança e qualidade da assistência (Quadro 7).

Quadro 7: Comentários dos profissionais de saúde (n=63) quanto à cultura de segurança do paciente no hospital de ensino. Teresina, PI, Brasil, 2016

Categoria	Comentários	N	%
1. Aspectos relacionados aos recursos materiais, humanos e de infraestrutura considerados pelos profissionais como importantes para a segurança do paciente.	- Segurança do paciente comprometida por insuficiência de materiais, equipamentos, de recursos humanos e infraestrutura inadequada por falta de manutenção de equipamentos, como melhoria nas macas, na estrutura dos banheiros e na iluminação.	10	15,87
	- Associação do erro à sobrecarga de trabalho e recursos humanos insuficientes.	2	3,17
	- Necessidade de melhor empenho dos funcionários para manter os materiais limpos e organizados.	1	1,58
	- Necessidade de ter o paciente como o centro do cuidado, tendo o aumento do trâmite burocrático das notificações dos eventos adversos.	2	3,17
	- Muitos erros que levam aos eventos adversos, como falha na identificação dos leitos.	2	3,17
	2. Dificuldades ou aspectos considerados como barreira ou dificultadores na segurança do paciente.	- Falta de atenção na transferência de pacientes devido à falta de cuidado do profissional com o paciente.	3
- Falha na sistematização do trabalho: organização e fluxo devido à falta de comunicação, desconhecimento da existência de impressos de notificação.		5	7,93
- Erros em registros nas notificações dos eventos adversos devido à falta de conscientização dos profissionais sobre a importância da notificação, ocultando o erro.		3	4,76
- Associação do erro à sobrecarga de trabalho e ao estresse, que, por questões financeiras, os profissionais têm mais de um emprego.		2	3,17
- Falta de compreensão do profissional com a gravidade do erro para a vida do ser humano, desvalorização das atividades, pouco caso com os erros, devido à associação do erro à desvalorização do profissional.		3	4,76
- Desconforto e desconfiança no processo de trabalho devido à hierarquia.		1	1,58
- Falta de compromisso da equipe com o serviço, tendo a segurança apenas em documento e não é praticada.		2	3,17
- Riscos ao paciente associados à conduta dos profissionais, do funcionamento e da organização do hospital e a prioridade com os celulares ao invés dos cuidados aos pacientes.		2	3,17
- Importância da existência de livro de registro para comunicação e informações.		1	1,58
- Dificuldades e barreiras relacionadas a profissionais da área médica, como preenchimento incompleto do prontuário no momento da internação que favorece ao erro.		2	3,17
3. Reconhecimento por parte dos profissionais sobre a importância das notificações para a segurança do paciente.		- Os profissionais devem reconhecer a importância da notificação em caráter educativo, e não punitivo, para melhorar a segurança do paciente.	3
	- Todos os profissionais e colaboradores devem ser treinados e informados dos procedimentos para segurança do paciente, seguindo as normas e rotinas preconizadas.	2	3,17
	- Os profissionais devem considerar importante a segurança do paciente, destacando a importância do cuidado com o cuidador.	2	3,17
	- Reconhecer que é importante o cuidado do profissional de enfermagem.	1	1,58
	- Os profissionais devem considerar importante a qualidade do serviço prestado, reconhecendo a importância do cuidado ao paciente.	2	3,17
4. Sugestões dos profissionais para melhorar a segurança e qualidade da assistência.	- Importância da valorização do profissional, de treinamentos e capacitações e materiais de qualidades a partir de investimentos em educação de segurança do paciente.	4	6,34
	- Concluir a implantação da acreditação para minimizar os riscos de erros.	2	3,17
	- Segurança do paciente associada à mudança de hábitos e pensamentos, incentivando o trabalho em equipe a fim de melhorar a interação entre os profissionais e as clínicas.	3	4,76
	- Importância de motivação, melhorar as condições de trabalho, apresentando os resultados das notificações realizadas.	2	3,17
	- Importância da privacidade e o conforto do paciente.	1	1,58

## 5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1. Características sociodemográficas e de trabalho dos profissionais de saúde

Os profissionais da área de saúde na instituição pesquisada apresentavam idade média de 45,5 anos. Tais resultados se aproximam dos encontrados por Tobias et al. (2016a) em estudo realizado em hospital universitário da região Centro-Oeste com idade média de 40,6 anos, variando de 24 a 64 anos. Estudo realizado por Santiago e Turrini (2015) em três UTIs de um hospital Universitário de Sumaré - SP constatou média de 37,3 anos.

Assim, neste estudo, verificou-se média de idade superior à de outros estudos que abordaram a cultura de segurança, com a maioria dos profissionais na quarta década de vida, em plena maturidade. Pode-se relacionar o quadro funcional com maior média de idade ao fato de o hospital ter tempo de funcionamento há mais de 75 anos.

O predomínio de profissionais do sexo feminino na amostra é semelhante a outros estudos desenvolvidos sobre segurança do paciente em hospitais. Essa preponderância também foi observada por Marinho, Radünz, Barbosa (2014), em estudo realizado em unidades de internação cirúrgica de hospital universitário de Florianópolis; por Oliveira et al. (2014), em pesquisa desenvolvida em hospital da rede pública de Fortaleza/CE; e por Tobias et al., (2016b) em hospital de ensino do Goiás, respectivamente, com 83,7%, 86,5% e 89,7% de profissionais do sexo feminino. Em Portugal, Fernandes e Queirós (2011) encontraram 75,7%. Os resultados desses estudos reafirmam a expressiva presença de profissionais do sexo feminino nos hospitais e uma tendência em ascensão entre os profissionais de saúde.

No Brasil, o dimensionamento de profissionais de acordo com a Resolução 527/2016 (COFEN, 2016) influenciou ampliação do quantitativo dos profissionais de enfermagem na força de trabalho em saúde. Assim, no Piauí, a enfermagem representa 60% da força de trabalho com 89,0% de profissionais de enfermagem do sexo feminino (COFEN, 2015).

Quanto ao tempo de trabalho, 39,4% dos profissionais que participaram deste estudo atuavam há 21 anos ou mais no hospital pesquisado. Resultado similar

também foi encontrado por Tobias et al. (2016b), com 30% dos participantes com 21 anos ou mais de atuação.

Entretanto, essa realidade não é congruente na literatura, pois estudos acerca de segurança do paciente demonstram tempo de trabalho dos profissionais de saúde inferior a 21 anos. Mello e Barbosa (2013) em pesquisa realizada em UTIs de Florianópolis constataram 6 a 15 anos; Tomazoni et al. (2014) em quatro unidades de terapia neonatal de Florianópolis verificaram que 66% dos participantes com mais de 10 anos de trabalho na profissão; e Silva-Batalha e Melleiro (2015) em hospital de grande porte em São Paulo evidenciaram 82,3% dos participantes da equipe de enfermagem e médicos com 1 a 10 anos de trabalho.

Assim, o longo tempo de atuação na mesma instituição pode favorecer a percepção dos profissionais acerca da situação de segurança do paciente lá existente. Nesse sentido, a maior experiência de cuidados aos pacientes, maior conhecimento do setor de trabalho e a complexidade dos cuidados oferecidos pela instituição são fatores positivos para a formação da cultura de segurança, pois contribuem na prevenção de possíveis erros.

Nesta pesquisa, em relação ao tempo de trabalho na mesma unidade, 31,6% dos profissionais atuavam há 21 anos ou mais. Esse resultado diverge de outras pesquisas realizadas sobre a temática segurança do paciente, como o de Mello e Barbosa (2013), que encontraram 59,8% de profissionais com até 5 anos de trabalho na mesma unidade; Tomazoni et al. (2015) com 54% dos profissionais de enfermagem e médicos com até 10 anos; e Marinho, Radünz, Barbosa (2014) com 44,2% dos profissionais de enfermagem com mais de 10 anos.

A situação encontrada neste estudo pode ser explicada pelas características do campo pesquisado, hospital público em atividade desde 1941, com pessoal concursado e, portanto, com estabilidade no emprego.

Pode-se verificar no estudo que 84,4% dos participantes trabalhavam de 20 a 39 horas semanais e resultados similares foram encontrados por Tobias et al. (2016b), Mello e Barbosa (2013), Tomazoni et al. (2015), com carga horária semanal oscilando entre 20 a 39 horas (87%), 20 a 39 horas (79,3%) e menos de 40 horas semanais (69%), respectivamente.

No que se refere à equipe de enfermagem, essa realidade condiz com o estabelecido na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 293/2004 que regulamenta a carga horária de 36 horas semanais para atividade

assistencial e de 40 horas semanais para atividades administrativas (COFEN, 2017a).

Entretanto, os profissionais médicos da instituição do estudo cumpriam carga horária de 20 horas semanais. Esse fato é justificado, visto que em concursos a oferta para esse cargo apresenta uma carga horária menor que as demais categorias profissionais dos hospitais, tanto em instituições públicas como privadas.

Essa discrepância também foi evidenciada por Minuzzi et al (2016), em estudo realizado em hospital geral público de médio porte, no sul do País, no qual 53,84% dos médicos trabalhavam menos de 30 horas semanais, enquanto que as demais categorias de nível superior trabalhavam 30 horas semanais.

Pôde-se observar que a maioria dos profissionais pertencia à enfermagem, notadamente a categoria de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. Esse perfil é compatível com a realidade local, na qual o maior contingente de trabalhadores de enfermagem nos hospitais é composto por auxiliares e técnicos de enfermagem.

Segundo dados do COFEN, do universo total de 29.729 inscritos no Piauí, em 01/01/2017, 5.813 (19,5%) eram auxiliares de enfermagem e 16.013 (53,9%) técnicos de enfermagem, perfazendo 73,4% dos trabalhadores de enfermagem do estado. Ressalta-se que 7.901 (26,5%) eram Enfermeiros e apenas 1 (0,005%) Obstetritz (COFEN, 2017b).

Contudo, muitos estudos sobre segurança do paciente realizados no Brasil, no âmbito hospitalar, mediante a aplicação do HSOPSC, também apontam essa realidade no que se refere ao percentual de trabalhadores de enfermagem (TOMAZONI et al., 2015; SILVA-BATALHA E MELLEIRO, 2015; BUSANELLO et al., 2015; FERMO et al., 2015; BOHRER et al., 2016; KAWAMOTO et al., 2016; MACEDO et al., 2016; MINUZZI, SALUM, LOCKS, 2016).

Ressalta-se a importância da abordagem da equipe multiprofissional na avaliação da segurança do paciente mediante a aplicação do HSOPSC no sentido de compreender as percepções dos diferentes profissionais e evidenciar possíveis diferenças entre as unidades operacionais, conforme também evidenciado por Santiago e Turrini (2015).

Expressiva maioria dos participantes declarou interação ou contato direto com o paciente. Este resultado condiz com os demais estudos que utilizaram o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) como os de Tomazoni et al. (2015), no qual 100% dos profissionais afirmaram realizar cuidados diretos ao paciente; o de



Tobias et al. (2016a), no qual 96% respondentes afirmaram positivamente; e no estudo de Silva-Batalha e Melleiro (2016), a maioria também assim afirmou.

A presença de profissionais, independente da categoria profissional, que mantêm interação direta ou indireta com o paciente é um dos pilares do HSOPSC (SORRA; NIEVA, 2004).

Os profissionais de saúde que executavam atividades com o paciente são os que mantêm uma aproximação com o paciente desenvolvendo atividades de assistência de qualidade que levam ao acolhimento e ao bem-estar, reconhecendo as reais necessidades no cuidado ao paciente envolvido na assistência e, conseqüentemente, levando à formação de um vínculo. Portanto, quem não tinha contato direto com o paciente neste estudo, desenvolvia atividades gerenciais ou administrativas, que contribuem indiretamente para que essa assistência seja de qualidade.

No estudo, pode-se observar que os profissionais da equipe de saúde atuam na especialidade ou profissão atual há 17,2 anos. Tais resultados são semelhantes aos encontrados no estudo de Tomazoni et al. (2014), no qual dos 141 participantes, 93 (66%) possuíam mais de 10 anos de trabalho na profissão; e no estudo de Silva-Batalha e Melleiro (2015), em que a maioria (82,3%) possuía de 1 a 10 anos de trabalho.

Estudos realizados com enfermeiros utilizando o HSOPSC em Portugal e na China verificaram que quanto menor o tempo de trabalho no hospital, melhor a avaliação em relação à cultura de segurança. Os enfermeiros mais novos escolhiam menos respostas positivas, quando comparados aos mais velhos, sendo o tempo de experiência negativamente relacionado à percepção positiva de cultura de segurança, demonstrando que quanto mais tempo o profissional trabalha na unidade, menos respostas positivas (FERNANDES; QUEIRÓS, 2011) (FENG et al., 2012).

Dessa forma, nesta investigação, os profissionais de saúde na sua maioria possuem longo tempo de serviço, apresentam uma melhor percepção da cultura de segurança, são mais críticos e destacam mais respostas negativas no serviço, pois conseguem pontuar mais os erros.

Em relação ao grau de instrução, neste estudo predominou o ensino médio, que correspondente à maioria dos técnicos de enfermagem componentes na amostra. Em Silva-Batalha e Melleiro (2016), a maioria dos participantes da

pesquisa possuía nível médio completo ou superior incompleto ou completo, também compatível com o predomínio de técnicos de enfermagem no estudo.

Entretanto, cabe ressaltar o descompasso entre cargo ou função de 21 (6,6%) auxiliares e 166 (51,8%) técnicos de enfermagem e grau de instrução, uma vez que, destes, só 134 (41,9%) informaram "até o ensino médio", permitindo supor que os demais galgaram o curso superior.

Essa situação decorre da oportunidade de financiamento estudantil a juros baixos e bolsas de estudo em instituições de ensino privadas, custeados pelo governo federal, o que ampliou e popularizou o acesso ao nível superior, e de gestores hospitalares que têm estimulado a realização de curso superior para a aquisição de bonificação no vencimento do servidor. Além dos programas federais, há também iniciativas estaduais e das próprias faculdades e universidades que concedem benefícios acadêmicos.

## **5.2 Identificação dos pontos fortes e fracos da cultura de segurança do paciente conforme avaliação dos profissionais de saúde**

Os resultados encontrados neste trabalho, na perspectiva da equipe de saúde do hospital, demonstraram uma cultura de segurança com áreas neutras na maioria das dimensões da cultura de segurança do paciente, tendo destaque apenas o *Aprendizado Organizacional* com as ações ativas para promoção de segurança, sendo a única dimensão que obteve percentual acima de 75%, demonstrando ser uma área de força para a segurança do paciente na instituição.

É comum os gestores estaduais pautarem-se na ideologia de melhoria contínua aos profissionais de saúde, incentivando o aprimoramento dos funcionários, com fundamento na Lei nº 6.201, de 27/03/2012, de Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos dos profissionais do setor de saúde do estado (TERESINA, 2012). A cada 3 anos, o servidor é avaliado mediante a apresentação de títulos e cursos com carga horária superior a 100 horas para obter acréscimo salarial.

Dessa forma, os profissionais de saúde são estimulados à contínua capacitação devido às mudanças propostas no cenário nacional e nas políticas de segurança local, que envolvem as equipes no processo ensino/aprendizagem como fator primordial para a melhoria da qualidade na assistência prestada pelo serviço de saúde.

Assim, os gestores hospitalares e os profissionais de saúde devem estar comprometidos em garantir uma assistência segura para os pacientes a partir da promoção do aprendizado organizacional, da melhoria contínua das práticas assistenciais e gerenciais nas organizações hospitalares (FRANÇOLIN et al., 2015).

O *Aprendizado Organizacional* foi à única dimensão considerada de força pelos profissionais da instituição, diferentemente da maior parte dos estudos, nos quais predomina como área neutra (MACEDO et al 2016; SILVA; CARVALHO, 2016; SILVA; ROSA, 2016; TOMAZONI et al (2015).

Já o estudo de Minuzzi, Salum e Locks (2016) apresentou um percentual de respostas positivas na percepção da equipe de saúde, evidenciando que os profissionais percebem a existência na instituição de uma filosofia de melhoria contínua que possibilita o aprimoramento deles, tendo a utilização de protocolos que padronizem a assistência em saúde, já que é fundamental para assegurar e garantir a qualidade dos serviços.

Quanto à dimensão *Pessoal* no item quantitativo suficiente para o serviço é a mais crítica, sendo considerada a que mais necessita melhorar no hospital do estudo. Silva-Batalha e Melleiro (2015) apresentam as piores avaliações para dimensão de *Apoio da Gestão Hospitalar; Pessoal e Respostas não Punitivas aos Erros*, visto que a percepção dos trabalhadores revelou que a gestão hospitalar não oferecia um clima de trabalho provedor da segurança do paciente, além da deficiência no dimensionamento de pessoal e sentem que seus erros e os eventos relatados poderiam ser utilizados contra eles.

Na instituição em estudo, os profissionais sugerem a ampliação do quantitativo dos servidores e a redução da sobrecarga de trabalho. O dimensionamento adequado de pessoal representa um importante indicador de segurança do paciente dos profissionais que trabalham na assistência à saúde e a sobrecarga de trabalho é uma importante justificativa para a ocorrência de EA.

No que se refere à dimensão *Resposta não Punitiva aos Erros*, no item foco sobre o problema que gerou o erro, é considerada uma área frágil para a cultura de segurança, pois os funcionários parecem sentir receio que seus erros e os eventos relatados sejam utilizados contra eles e que os erros venham a ser anotados em suas fichas funcionais. Verificou-se neste estudo que a dimensão tem uma baixa positividade, sugerindo que os funcionários não notificam os incidentes por receio de

serem repreendidos ou punidos, por receio de humilhações ou de que a notificação não levará a nenhuma mudança na organização.

Além disso, os funcionários têm medo de que os erros ocorridos e comunicados possam ser utilizados contra eles e registrados em sua ficha profissional. Outrossim, esses fatores podem inibir os profissionais de notificarem os erros, já que são realizadas avaliações periódicas para a progressão funcional.

Resultado semelhante foi observado do estudo de Santiago e Turrini (2015). Ressalta-se que esse resultado também foi observado em estudo realizado por Robida (2013) na Eslovênia, com uma positividade, justificado pela cultura de medo e vergonha em relação aos erros, mesmo que não intencionais vigentes no país e acrescidos pela real possibilidade de processos legais e suspensão temporária das licenças dos profissionais de saúde, caso estes ocorram.

A *Percepção Geral da Segurança do Paciente*, no item inexistência de problemas de segurança, e a *Frequência de Eventos Relatados*, no item relato de falhas sem risco de dano, neste estudo, também se revelaram como área crítica/problemática, tendo avaliação baixa quanto à segurança do paciente. Também se destaca a baixa frequência das notificações no hospital do estudo.

A equipe de saúde percebe que devem ser normatizados os procedimentos e os processos de trabalho, com vistas à prevenção e à redução dos EA, indicando que a compreensão dos EA tem origem em múltiplos fatores e, portanto, exigem medidas diversas. Nesse sentido, as sugestões foram desde a tomada de atitudes voltadas à padronização de procedimentos, à implementação de normas e rotinas na assistência e até mesmo a conscientização e o comprometimento da equipe na prestação de um cuidado seguro.

Referente à frequência de eventos relatados, a equipe de saúde do hospital em estudo destacou a necessidade de estímulo às notificações de EA, pois não há divulgação efetiva em relação aos formulários de notificação e à prática de *feedback* quanto aos eventos notificados. Assim, é importante possibilitar o diagnóstico das fragilidades e elencar as recomendações de ações voltadas à promoção da segurança do paciente para que se possa obter melhorias, no sentido de oferecer condições dignas e seguras a quem recebe os cuidados e ao cuidador.

Resultado semelhante é encontrado no estudo de Borba Netto e Severino (2016), que a taxa de notificação de incidentes é baixa, uma vez que a maioria dos participantes não notificou nenhum evento no último ano. Fernandes e Queirós

(2011) descrevem em seu estudo que apenas a dimensão *Frequência de Eventos Relatados* é uma área fragilizada e a dimensão *Percepção Geral da Segurança do Paciente* se apresenta não crítica, mas que necessita de melhoria.

Mello e Barbosa (2013) apontam que a dimensão *Percepção Geral de Segurança do Paciente* indica a existência de processos e sistemas para prevenir erros e problemas de segurança do paciente. O baixo escore encontrado no seu estudo e o alto número de recomendações revela que os profissionais demonstram fragilidades em relação à segurança do paciente permitindo-lhes apontar alternativas de melhoria.

Para que se tenha uma cultura de segurança solidificada em um hospital é necessário que se desenvolva uma cultura justa, uma cultura de notificação e um ambiente de aprendizagem organizacional, pois a notificação de incidentes é um fator essencial para o estabelecimento dessa cultura de segurança.

É fundamental a identificação dos pontos fortes e fracos relativos às dimensões da cultura de segurança do paciente existentes no hospital. Também, é preciso considerar que a assistência à saúde é suscetível a eventos que podem comprometer a segurança do paciente, e este entendimento é crucial para a redução de riscos. Nesse contexto, é importante a promoção de um ambiente sem culpa e com a cultura de vigilância, cooperação e comprometimento.

### **5.3 Análise das dimensões da cultura de segurança do paciente percebidas pelos profissionais de saúde**

As dimensões *Pessoal e Resposta não Punitiva aos Erros* foram as que obtiveram o menor ICS na perspectiva dos profissionais da instituição, o que indica uma cultura de segurança do paciente pouco desenvolvida, caracterizando as principais áreas que necessitam de melhoria no hospital. Observa-se que foram os itens não respondidos na totalidade pelos participantes, em especial a dimensão *Resposta não Punitiva aos Erros*.

Semelhante a este estudo, Tobias et al. (2016a) constataram as dimensões *Respostas não Punitivas aos Erros e no dimensionamento de Pessoal* como áreas com baixo ICS. Quanto à notificação dos erros pelos profissionais, preponderava o temor de punição e inscrição em suas fichas funcionais e, além disso, o quadro de pessoal era insuficiente para abarcar o trabalho administrativo e assistencial.

Minuzzi, Salum e Locks (2016) também obtiveram escores mais baixos do ICS para a dimensão *Respostas não Punitivas aos Erros* e a maioria dos profissionais considerou que seus erros podiam ser usados contra eles, afirmaram temer que seus erros pudessem ser registrados em suas fichas funcionais e acreditam que quando ocorre um erro o foco é a pessoa que errou, e não os eventos adversos em si.

Cabe ressaltar resultado equivalente ao estudo de Nie et al. (2013), realizado na China em uma UTI, o *dimensionamento de Pessoal* foi apontado como o menor ICS pela maioria dos participantes que afirmaram ser o quantitativo pessoal não suficiente para lidar com a carga de trabalho.

A necessidade de se ter um quantitativo adequado de profissionais é indispensável para o cuidado seguro, sendo responsabilidade da instituição garantir condições favoráveis, tanto de recursos humanos como materiais e insumos, nas unidades operacionais. A adequação quantitativa de profissionais possibilita menor risco aos pacientes, uma vez que atende às necessidades dos pacientes e leva a menor incidência de agravos à saúde dos trabalhadores (CAVALCANTE et al., 2015).

Cabe lembrar que do ponto de vista metodológico Sorra e Neiva (2004) agrupam as 12 dimensões do HSOPSC em três níveis: no âmbito da unidade (*Trabalho em Equipe dentro das Unidades; Expectativas e Ações do Gestor na Promoção da Segurança do Paciente; Aprendizagem Organizacional; Feedback e Comunicação de Erros; Abertura na Comunicação; Pessoal; Resposta não Punitiva ao Erro*), no âmbito hospitalar (*Apoio da Gestão Hospitalar; Trabalho em Equipe entre Unidades; Transferências e Passagem de Plantão*) e variáveis de resultado (*Percepções Gerais sobre a Segurança do Paciente; Frequência de Eventos Relatados*).

Nesta pesquisa, há uma diferença entre os ICS alcançados por estas três áreas, obtendo maior média o âmbito das unidades segundo avaliação dos profissionais, seguido do âmbito da organização hospitalar e as variáveis de resultados com diferença estatisticamente significativa.

Portanto, como no nível das unidades há 7 dimensões, o ICS foi calculado sob o total dessas dimensões e por, possivelmente, possuir questões de mais fáceis compreensões de serem respondidas da totalidade, sendo o maior percentual que em relação aos níveis, da organização hospitalar e das variáveis de resultado.

Cabe destacar que não foram encontradas na literatura outras pesquisas sobre o ICS para que fosse possível confrontar com o presente estudo, nem em relação às dimensões, nem em relação aos níveis agrupados por Sorra e Neiva, apresentados em 2004.

A maioria dos estudos aborda somente um dos níveis metodológicos apresentados por Sorra e Neiva (2004) quanto à percepção geral da Segurança, e não apresenta o ICS relativo ao aspecto quantitativo. Nesta pesquisa, pretendeu-se destacar os três níveis metodológicos (no âmbito da unidade, no âmbito hospitalar e variáveis de resultado) caracterizando a avaliação da percepção da cultura de segurança do paciente entre os profissionais de saúde atuantes em um hospital de ensino, dando ênfase à análise das dimensões em um dos objetivos.

#### **5.4 Comparação dos Índices de Cultura de Segurança do paciente conforme características das unidades do hospital e de trabalho dos profissionais**

O ICS do paciente apresentou uma variação de significância nas dimensões conforme características sociodemográficas e de trabalho dos profissionais na instituição. Neste estudo, há diferenças significativas nas dimensões *Trabalho em Equipe nas Unidades e Expectativas e Ações de Segurança do Paciente* em relação ao sexo feminino. Esse resultado pode ser explicado pela expressiva presença feminina dentre os profissionais de saúde participantes do estudo.

Na dimensão *Trabalho em Equipe nas Unidades*, houve destaque para as unidades de internação e atribui-se este resultado ao grande número de clínicas e profissionais que trabalham nestes setores, que valorizam o trabalho desenvolvido dentro da unidade. Minuzzi, Salum e Locks, (2016) afirmam que na dimensão *Trabalho em equipe na unidade*, mesmo tendo muito trabalho a ser realizado, existe o apoio mútuo entre os profissionais.

Quanto à dimensão *Expectativas e Ações de Segurança do Paciente*, obteve-se também que a maioria era a presença feminina com significativo tempo de trabalho no hospital e o tempo de trabalho na unidade, tendo maior expressividade entre os enfermeiros. Na presente pesquisa, percebe-se que os profissionais que têm maior percepção em relação à segurança do paciente possuem maior tempo de serviço, podendo ser um fator que ratifica a fidedignidade dos resultados.

No que tange à dimensão *Expectativas sobre o seu Supervisor/chefe e Ações Promotoras da Segurança do Paciente*, Silva e Rosa (2016) apontam que os enfermeiros, como líderes da equipe de enfermagem, devem incentivar e apoiar os membros de sua equipe no desenvolvimento dos processos assistenciais em prol da segurança a fim de favorecer os melhores resultados ao paciente. No interior das organizações hospitalares, os enfermeiros representam o principal elo no desempenho das ações de segurança do paciente, sendo responsáveis pela garantia dos recursos necessários, identificando e promovendo valores coletivos.

A dimensão *Aprendizado Organizacional* que leva à melhoria contínua obteve maior ICS para quem trabalha 60 a 79 horas por semana e os enfermeiros foram os que mais se destacaram. Fica evidente que por serem os enfermeiros os profissionais que mais tempo passam na prestação de cuidados aos pacientes, são eles que conhecem mais os protocolos e as ferramentas de segurança do paciente, assim desenvolvem mais e melhor as ações de melhoria para os cuidados do paciente.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Santiago e Turrini (2015), pois a dimensão *Aprendizado Organizacional-melhoria contínua* foi mais bem avaliada pela categoria profissionais de enfermagem do que pela categoria outros profissionais, provavelmente, segundo os autores, pelos programas de educação continuada desenvolvida para os profissionais de enfermagem, os quais integram habitualmente a dinâmica organizacional da enfermagem.

Tomazoni et al. (2015) afirmam que a melhoria contínua diz respeito à cultura de aprendizagem, em que os erros são estudados, levando a mudanças positivas. Por sua vez, Tobias et al. (2016b) mostraram que o aprendizado pode acontecer a partir da ocorrência de falhas e, para isso, há a necessidade de melhor qualificação e desenvolvimento de ações de educação continuada no contexto da prática.

Neste trabalho, na dimensão *Feedback e Comunicação dos Erros*, destacou-se o sexo feminino, com a não interação ou não contato direto com os pacientes, pois quanto menos contato com os pacientes, menores são as chances da ocorrência de eventos adversos, não incidindo em erros e, portanto, não tendo a comunicação de erros. Os enfermeiros desta instituição foram os profissionais que mais valorizaram a importância do *Feedback e da Comunicação dos Erros*. Os profissionais dos outros setores do hospital também consideraram significativa essa dimensão.



Entretanto, no estudo de Tobias et al. (2016a), a dimensão *Feedback e Comunicação dos Erros* também mostra a fragilidade na segurança do paciente, uma vez que a comunicação dos eventos adversos não é sistematizada, nem é uma prática conhecida por todos os profissionais de saúde.

Minuzzi, Salum e Locks (2016) relatam que em relação ao *Feedback e à Comunicação dos Erros*, apenas 17,24% dos profissionais disseram receber informações sobre os erros que ocorrem na unidade, pois a subnotificação de EA por toda a equipe, seja por incidentes que não ocasionaram danos ao paciente, seja até mesmo por incidentes que provocaram danos, não deveria acontecer, e sim levar à adesão dos profissionais a relatarem os eventos adversos.

Silva-Batalha e Melleiro (2016) ratificam a importância do *Feedback e a Comunicação dos Erros* para que as medidas de melhoria sejam tomadas, com o propósito de não haver a repetição da falha. Nesse sentido, percebe-se a necessidade de modificar a cultura organizacional de modo a produzir resultados satisfatórios e efetivos, e não apenas agir após a ocorrência de um evento adverso.

Na dimensão *Abertura para Comunicações*, observa-se que o tempo de trabalho no hospital e na unidade obteve destaque para os que trabalhavam de 11 a 15 anos, não interagem ou não tinham contato direto com pacientes e para os profissionais de nível superior que tinham menos de 16 anos de especialização, sendo o enfermeiro quem melhor avaliou ser importante comunicar os erros. Isso permite enfatizar que os participantes são profissionais com experiência e que conseguem melhor perceber e analisar a qualidade da assistência prestada na instituição.

Assim, também avaliam Kawamoto et al. (2016), visto que os trabalhadores tendem a aderir mais intensamente a uma cultura, conforme prolonga-se o tempo de trabalho, o que pode significar uma direção positiva às respostas fidedignas dos participantes.

Da mesma forma, Santiago e Turrini (2015) identificaram fragilidade na dimensão *Abertura para Comunicação* porque não há espaço para se discutir os erros, sendo caracterizada pela baixa pontuação obtida em outras dimensões que apresentam interface com a comunicação.

A dimensão *Pessoal*, neste estudo, é significativa para os demais profissionais de nível médio e dos outros setores do hospital, pois estes são os

profissionais que não atuam continuamente com os pacientes, e por essa razão não percebem se há ou não deficiência no dimensionamento de pessoal.

Minuzzi, Salum e Locks (2016), com base nos percentuais apresentados pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos e fisioterapeutas, em relação ao dimensionamento de pessoal, concluíram que o quantitativo de pessoal era insuficiente para a demanda de trabalho aos cuidados para o paciente. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada por Nie et al. (2013) na China, na qual a maioria dos participantes considerou que o dimensionamento de pessoal não é suficiente para lidar com a carga de trabalho.

Na dimensão de *Resposta não Punitiva aos Erros*, os resultados estatisticamente significativos nesta pesquisa foram os profissionais que tinham especialidade com 16 anos ou mais, corroborando a importância da experiência profissional para a percepção da importância da notificação dos erros.

Massolo e Melleiro (2015) apontam a necessidade de um órgão ou setor independente que possa receber informações sobre erros, protegendo a identidade de quem informou, visto que os erros devem ser estudados em todos os seus aspectos e dentro de uma abordagem não punitiva, e os notificadores dos eventos devem receber retorno da informação que geraram.

Neste estudo, na dimensão *Apoio da Gestão Hospitalar*, obtiveram resultados estatisticamente mais significativos: o sexo feminino, os profissionais que não interagem ou não tinham contato direto com pacientes, os demais profissionais de nível médio e dos outros setores. Tais resultados convergem com o perfil da amostra estudada, de adultos, predominantemente do sexo feminino.

No que tange aos resultados encontrados na avaliação da dimensão *Apoio da Gestão Hospitalar*, Kawamoto et al. (2016) constataram que os gestores não proporcionam medidas que favoreçam a cultura de segurança do paciente, pois parecem se preocupar apenas após a ocorrência de um evento adverso. Em contrapartida, os gerentes mesmo quando não diretamente ligados ao atendimento do paciente, permanecem atentos aos problemas, pois tomam sua atitude como um fator promotor da segurança do paciente, à medida que elogiam seus liderados perante ações promotoras da segurança; valorizam novas sugestões da equipe; bem como consideram importantes os problemas relacionados à segurança na sua unidade gerenciada.

Neste trabalho, no que se refere à dimensão *Trabalho em Equipe entre as Unidades*, prevalecem os profissionais com mais de 45 anos e os demais profissionais de nível superior. Isso é caracterizado pela média da idade dos profissionais e da necessidade de haver a interação entre todos os profissionais de nível superior da instituição para o desenvolvimento dos cuidados ao paciente.

Tobias et al. (2016b) ressaltam no seu estudo que a dimensão *Trabalho em Equipe nas Unidades*, o apoio mútuo e o respeito entre os profissionais constituíram fortalezas para a cultura de segurança, identificando que os enfermeiros consideram agradável trabalhar com profissionais de outras unidades, uma vez que o trabalho em equipe flui rapidamente, com foco nas necessidades de cuidado do paciente, e pode ser muito mais efetivo quando se estabelece adequada comunicação.

Em relação à dimensão *Transferências e Passagem de Plantão*, as significâncias estatísticas foram sexo feminino, demais profissionais do nível médio e das unidades de internação. Essa evidência é percebida pelo quantitativo de profissionais com destaque para sexo feminino, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem nas diversas unidades de internação do hospital.

O estudo de Costa et al. (2016) resalta a importância da comunicação no ato de transferência e transporte do paciente. Assim, o paciente recebe cuidados de diversos profissionais e em diferentes locais, o que torna imprescindível a comunicação eficaz entre os envolvidos no processo.

Nesse sentido, em pesquisa realizada por Silva et al. (2016) em UTI e CC de um hospital público de Santa Catarina, os profissionais apontam a passagem de plantão como uma tecnologia de cuidado que promove a segurança do paciente, dando destaque à comunicação como fundamental, podendo ser verbal ou a forma escrita, que aborde questões de forma clara e precisa, referentes ao estado dos pacientes, assistência prestada, intercorrências e assuntos de interesse institucional.

A dimensão *Percepção Geral da Segurança do Paciente* apresentou significância estatística para os profissionais com 45 anos ou mais, sexo feminino, 11 a 15 anos que trabalham no hospital, de 6 a 10 anos que trabalham na mesma unidade e com grau de instrução até o ensino médio. Os resultados significativos são baseados na descrição das características sociodemográficas da amostra do presente estudo.

Na dimensão *Percepção Geral de Segurança do Paciente*, o estudo de Minuzzi, Salum e Locks (2016) demonstrou que na UTI os procedimentos e sistemas

não são adequados para prevenir erros e, em algumas situações, a segurança do paciente é colocada em risco para atender à alta demanda de trabalho.

Com relação à dimensão *Frequência de Eventos Relatados*, teve significância estatística para os que trabalhavam no hospital de 11 a 15 anos. Fica evidente que os profissionais com maior tempo de trabalho na instituição possuem uma melhor percepção dos erros e não têm medo de notificá-los.

Françolin et al. (2015) apontam a importância da notificação dos EA, pois sem conhecê-los não é possível o estabelecimento de melhoria da segurança. Nesse sentido, têm-se as recomendações da Resolução RDC 36, de 25 de julho de 2013, que descrevem uma perspectiva bastante positiva para as instituições que usam sistema eletrônico para notificar os EA (ANVISA, 2014).

### **5.5 Correlação da segurança do paciente, escore da nota à segurança do paciente e eventos notificados conforme avaliação dos profissionais**

A correlação da segurança do paciente se dá entre as dimensões *Percepção Geral do Paciente*, *Frequência de Eventos Relatados* e o *Grau de Segurança do Paciente e Número de Eventos Relatados nos Últimos 12 meses*. A dimensão *Frequência de Eventos Relatados* engloba três questões sobre a frequência com que o erro é notificado (o relato de falha corrigida, o relato de falha sem risco de danos e o relato de falha que não causou danos), as quais se correlacionam entre si (SORRA; NEIVA, 2004).

Observou-se, neste estudo, uma correlação positiva e forte, na qual um maior número de relatos de falha corrigida relacionou-se a um maior número de relatos de falha sem risco de danos e de relatos de falha que não causou danos. A segurança em função da carga de trabalho e os sistemas de prevenção de erros apresentaram uma relação direta, porém, moderada.

Entretanto, não foi encontrado na literatura estudo que abordasse a correlação entre as dimensões de cultura de segurança do paciente no nível das variáveis de resultados de acordo com a metodologia proposta por Sorra e Neiva (2004) e o grau de segurança do paciente mais o número de eventos relatados nos últimos 12 meses para que se pudesse confrontar com os resultados obtidos no presente estudo.

Os profissionais da instituição em sua maioria atribuíram a nota “regular” à segurança do paciente, corroborando com os estudos de Silva e Rosa (2016) e Macêdo et al. (2016), em que os participantes também avaliaram a segurança do paciente em sua unidade como “regular”.

Dessa forma, pode-se reconhecer que a cultura de segurança da instituição é frágil, havendo a necessidade de implementar estratégias que possam levar à melhoria da assistência ao paciente a partir da monitorização de ações de cuidado que melhorem a segurança do paciente.

Nesta pesquisa, há poucos relatos de notificações de eventos, o que pode indicar a falta do hábito de notificar, limitada informação e dificuldade de análise das situações e condições que contribuem para a ocorrência do evento. Acredita-se que seja pela cultura punitiva que desencoraja o reconhecimento e o relato do erro pelos profissionais do serviço. Além disso, a baixa adesão à comunicação sobre os erros também pode estar relacionada às condutas direcionadas aos profissionais, principalmente à abordagem punitiva dos erros.

Estudo realizado em um hospital público do Ceará mostrou a taxa de notificação de incidentes baixa, denotando que os funcionários não notificam os erros por medo de serem repreendidos ou punidos pelos gestores, por receio de humilhações ou pela preocupação de que a notificação não acarretará em nenhuma mudança na organização. Assim, para que um hospital solidifique a cultura de segurança, para que desenvolva uma cultura justa, uma cultura de notificação e um ambiente de aprendizagem organizacional, é fundamental que notifique os incidentes (BORBA NETTO; SEVERINO, 2016).

Tomazoni et al. (2014) em seu estudo mostraram que a comunicação de eventos enfrenta barreiras, como a alienação dos profissionais por medo do processo que a comunicação gera, a falta de compreensão de como esse relato deve ser realizado e a falta de *feedback* recebido com as informações repassadas, ocasionando desmotivação.

## **5.6 Verificação da consistência interna do Hospital Survey on Patient Safety Culture conforme dados da avaliação dos profissionais de saúde**

Neste estudo, a média de consistência interna foi boa, variando entre 0,769 e 0,823 entre as doze dimensões, verificada pela aplicação do teste estatístico de

análise multivariada *Alpha de Cronbach*, comprovando-se, portanto, a confiabilidade do questionário HSOPSC.

Em desacordo a este estudo, Tomazoni et al. (2014) apontaram que o teste *Alpha de Cronbach* demonstrou variação de 0,43 a 0,88 entre as doze dimensões que compõem o instrumento, sendo que *Percepção Geral da Segurança do Paciente*, *Quadro de funcionários* e *Resposta não Punitiva ao Erro* obtiveram 0,43, 0,46 e 0,47, respectivamente, indicando confiabilidade de consistência interna de moderada a baixa. As outras nove dimensões foram consideradas de moderadas a fortes, obtendo valor de alpha acima de 0,60.

Estudo realizado por Silva-Batalha e Melleiros (2015), em hospital de ensino de São Paulo, o *Alpha de Cronbach* total foi de 0,90, o que confere ao questionário uma alta confiabilidade, e variou de 0,40 a 0,87 entre dimensões. O estudo de Santiago e Turrini (2015) obteve o *Alpha de Cronbach* de 0,90, destacando a boa confiabilidade do questionário.

A variação no intervalo dos resultados no teste do coeficiente *Alpha de Cronbach*, segundo Tobias (2013), pode ser atribuído a alguns fatores que estão proporcionalmente relacionados, como o número de participantes que responderam à pesquisa, pois quanto maior a amostragem, maior o valor do coeficiente; o entendimento do membro para com as questões, sendo que as dificuldades na interpretação do item alteraram a covariância das respostas e o número diminuído de itens por dimensão reduziram o valor do Alpha.

### **5.7 Análise dos comentários dos profissionais de saúde quanto à cultura de segurança do paciente no hospital de ensino**

Do total de participantes desta pesquisa, 63 (19,68%) anotaram comentários sobre a percepção da segurança do paciente, erro ou relato de eventos no hospital em diversas proposições e nos diversos contextos da instituição.

Nesse contexto, abordaram-se comentários sobre a preocupação quanto aos recursos materiais e de infraestrutura devido à insuficiência de equipamentos adequados, além do quantitativo de recursos humanos. Associam-se os erros e os eventos adversos à sobrecarga de trabalho, aos recursos humanos insuficientes e à falha na identificação dos leitos.

Por consequência, percebe-se a necessidade de manutenção dos equipamentos da instituição e do empenho que deve ocorrer para mantê-los limpos e organizados com o intuito de minimizar os erros e poder ter condições de trabalho que possam oferecer cuidados com responsabilidade e segurança ao paciente. Entretanto, os gestores devem desburocratizar o trâmite das notificações a fim de facilitar e incentivar a denúncia da ocorrência dos erros no serviço.

Tais resultados convergem com os obtidos por Silva-Batalha e Melleiro (2016), que ressaltaram os aspectos referentes aos recursos humanos, como o dimensionamento de pessoal; a carga e a jornada de trabalho; as condições em que o trabalho é exercido e a formação e comprometimento profissional como fatores que interferem diretamente na qualidade da assistência e na segurança dos pacientes.

Resultado similar também foi encontrado por Mello e Barbosa (2013) que apontaram recomendações relativas à qualidade e disponibilidade de materiais e equipamentos, salientando a preocupação em relação às camas, grades e restrições manifestadas pelos profissionais das duas UTIs, o que certamente reflete a necessidade de melhorias em relação a estes recursos do cuidado. Além disso, evidenciaram a necessidade de melhorias principalmente no quantitativo de profissionais.

Em estudo realizado por Toffoletto e Ruiz (2013), em um hospital de Santiago do Chile, focalizando os incidentes relacionados aos cuidados de enfermagem, evidenciou-se o déficit de pessoal, no cumprimento das normas e rotinas institucionais, na supervisão de enfermagem e inexperiência profissional como os principais fatores que contribuíram para a ocorrência de eventos adversos.

Segundo Souza et al. (2014), os principais fatores de risco à segurança do paciente podem ter origem relacionada aos profissionais de saúde, como a falibilidade humana, problemas existentes no sistema de saúde, dispositivos e equipamentos inadequados para a assistência, comunicação ineficaz entre os membros da equipe, dimensionamento inadequado de pessoal, alta carga de trabalho e conhecimento restrito ou desatualizado sobre a segurança do paciente.

Percebe-se que muitas são as barreiras ou dificuldades na segurança do paciente na instituição, em especial na falta de atenção na transferência de pacientes devido ao risco de quedas, pelo descuido com o serviço e deficiência na comunicação. Diante do erro, a maioria desconhece a sistematização do serviço em

relação à segurança do paciente para preencher os impressos de notificação e/ou preenchê-los corretamente.

Ainda em relação aos obstáculos, os profissionais de saúde do hospital associam o erro à sobrecarga de trabalho e ao estresse decorrente de outro vínculo empregatício, escalas de plantão extra, dobrando o tempo de serviço no próprio hospital. Dessa forma, por vezes, a conduta dos profissionais, a organização e o funcionamento do hospital levam a um aumento de risco aos erros ao paciente no cuidado.

Para Massoco e Melleiro (2015), a comunicação é fundamental para o desenvolvimento do trabalho com a equipe por meio de uma transmissão de informação universal, exercendo influência direta sobre os indivíduos, além de uma habilidade humana que torna possível a manifestação e exteriorização do que se passa interiormente. Para a assistência de qualidade, o hospital possui um canal de comunicação eficaz, permitindo às equipes transmitir e receber informações de forma clara e correta.

Os profissionais da instituição reconhecem a importância das notificações para a segurança do paciente com o objetivo de melhorar os cuidados ao paciente. Entretanto, chamam a atenção sobre a falta do caráter educativo e não punitivo das notificações, a necessidade de serem treinados e informados todos os servidores do hospital sobre as normas e rotinas preconizadas para a segurança do paciente.

O estímulo à notificação resulta em duas frentes, uma voltada para o profissional e outra para o paciente. Quanto mais eficaz for o sistema de resposta, mais situações poderão ser relatadas e analisadas e menores serão as probabilidades de os erros ou falhas voltarem a se repetir.

Esta cultura de segurança implica notificação voluntária de qualquer incidente, por insignificante que pareça, para que sejam identificados e analisados erros ou violação das regras, na perspectiva de prevenção ou correção consentânea. Para isso, é necessário um ambiente isento de punição ou censura do profissional, como também um sistema de notificação com proteção legal e que garanta a análise e o *feedback* da informação em tempo útil.

Broca e Ferreira (2012) apontam que o objetivo da comunicação é a interação e os atores da comunicação estarem inter-relacionados um com o outro, na tentativa de cobrir a lacuna entre indivíduos pela produção e recepção de mensagens que tenham sentido para ambos. Assim, a interação entre os profissionais de saúde é



vista como um desafio pela Política Nacional de Humanização para que se possa produzir saúde e de forma qualificada, uma vez que a humanização traz a melhora da interação nas equipes e a qualificação delas como uma forma de conseguir melhor lidar com as singularidades dos sujeitos e coletivos na prática a saúde.

Portanto, observou-se nos comentários a necessidade de treinamentos informativos sobre os procedimentos para a segurança do paciente, com vistas à universalização da linguagem relativa aos cuidados ao paciente. Além disso, alguns profissionais evidenciaram o desconhecimento acerca dos formulários de notificação utilizados na instituição.

As sugestões relatadas pelos profissionais da instituição do estudo para melhorar a qualidade da assistência da segurança do paciente é que haja uma mudança de hábitos e pensamentos, incentivo ao trabalho em equipe, além da necessidade de investimentos e treinamentos em educação da segurança do paciente em toda a equipe do serviço.

Além disso, torna-se necessário melhorar a interação entre os profissionais das clínicas e conseqüentemente valorizar a comunicação. Acredita-se que com a conclusão do processo de Acreditação possa ocorrer a diminuição do risco de erros, assim motivando o trabalho do cuidado ao paciente e conseqüentemente trazendo o *feedback* das notificações realizadas pelos profissionais.

Os resultados obtidos apontam algumas medidas que podem vir a ser implementadas no hospital para melhorar a cultura de segurança. A frequência de notificação muito baixa, o receio da resposta punitiva ao erro e a percepção dos profissionais de que a direção do Hospital não programa ações que promovam a segurança do paciente sugerem a necessidade de fortalecimento da política de segurança do paciente na instituição.

Schwonke et al. (2016) descrevem que a falta de apoio da administração dos serviços de saúde tem sido apontada como uma ameaça à segurança do paciente, pois os enfermeiros precisam implementar ações que garantam uma cultura de segurança adequada, destacando a notificação interna e a discussão dos erros que podem ocorrer, como um problema de equipe e não individual, e ter um dimensionamento pessoal adequado. Além disso, devem atentar para uma responsabilidade compartilhada e da coordenação entre unidades e serviços; e a demonstração de atitudes proativas, por parte da administração, no que tange à segurança do paciente.

Para Busanello et al. (2015), a comunicação e a informação estão relacionadas com a cultura de segurança do paciente e são preconizadas no Programa Nacional para Segurança do Paciente, pois estabelecem um processo comunicativo e um fluxo de informações efetivo que proporciona a minimização das ocorrências de agravos. A comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre os serviços de saúde é essencial para a prevenção de incidentes. A informação, além de ser um direito do paciente e da sua família, promove a participação dos mesmos no cuidado e na tomada de decisão.

Os comentários apresentados pelos profissionais do hospital deste estudo destacam um desafio para os gestores da instituição na medida em que apontam necessidades globais da organização necessárias para a provisão do cuidado seguro ao paciente. Assim, requer que sejam traçadas metas para o êxito do desenvolvimento das atividades por influenciarem na segurança do paciente, com comprometimento, trabalho contínuo e o seguimento de protocolos específicos.

### **5.8 Limitações do estudo**

A coleta de dados foi realizada mediante o preenchimento de um questionário extenso e que por isso passível de induzir o cansaço dos respondentes. Além disso, a cultura do medo da punição perante as notificações dos eventos adversos pode interferir na confiabilidade das respostas. Outrossim, a idade avançada e o longo tempo de serviço na instituição podem ter interferido na percepção sobre a cultura de segurança do paciente. Destaca-se, ainda, que a implantação recente do Núcleo de Segurança do Hospital pode ter limitado os resultados do estudo.

## 6 CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde participantes deste estudo se caracterizaram por ser a maioria do sexo feminino, com idade média de 45,5 anos, possuir o ensino médio, serem técnicos ou auxiliares de enfermagem; quanto às características de trabalho, a maioria atuava há 21 anos ou mais no hospital e na mesma unidade, com carga horária semanal de 20 a 39 horas, tendo contato direto com o paciente, com média de atuação na especialidade ou profissão de 17,2 anos.

O estudo evidenciou que o ponto forte da cultura de segurança do paciente limitou-se à dimensão *Aprendizado Organizacional* e que as áreas que necessitam de melhoria correspondem à dimensão *Pessoal*, *Resposta não Punitiva aos Erros*, *Percepção Geral da Segurança do Paciente* e *Frequência de Eventos Relatados*. Referente ao ICS, as dimensões *Pessoal* e *Resposta não Punitiva aos Erros* obtiveram o índice próximo da área de melhoria.

Em relação ao agrupamento das dimensões em três níveis, a que obteve maior média de ICS do paciente foi no “âmbito das unidades”, com diferença estatisticamente significativa. O ICS das características sociodemográficas e de trabalho dos profissionais mostrou diferença significativa na dimensão *Trabalho em Equipe nas Unidades* em relação ao sexo e unidades do hospital.

No que se refere à dimensão *Expectativas e Ações de Segurança do Paciente* foi relevante o sexo, o tempo de trabalho no hospital e o tempo de trabalho na unidade; e a dimensão *Aprendizado Organizacional* foi significativa a carga horária semanal.

O ICS referente à dimensão *Feedback e Comunicação dos Erros* foi expressivo para o sexo, os que interagem ou têm contato direto com os pacientes, a categoria profissional e as Unidades do hospital. Para a dimensão *Abertura para Comunicações*, o ICS foi expressivo para o tempo de trabalho no hospital e tempo de trabalho na unidade, a interação ou contato direto com pacientes, tempo de trabalho na especialidade, o grau de instrução, bem como as categorias profissionais; já na dimensão *Pessoal*, o ICS foi significativo para as categorias profissionais e as unidades do hospital.

O ICS estatisticamente significativo na dimensão *Resposta não Punitiva aos Erros* foi o tempo de trabalho na especialidade; no Apoio da Gestão Hospitalar foi sexo, a interação ou contato direto com pacientes, as categorias profissionais e as

unidades do hospital; e no *Trabalho em Equipe entre Unidades* foi relevante para idade e categorias profissionais.

As diferenças estatisticamente relevantes na dimensão *Transferências e Passagem de Plantão* foram sexo, categorias profissionais e nas unidades do hospital. Para a dimensão *Percepção Geral da Segurança do Paciente*, o ICS expressivo foi idade, sexo, tempo de trabalho no hospital, tempo de trabalho na unidade e grau de instrução; e na dimensão *Frequência de Eventos Relatados*, o ICS significativo foi tempo de trabalho no hospital.

A correlação da segurança do paciente e eventos notificados nos últimos 12 meses foi positiva com uma diferença estatisticamente significativa entre as dimensões *Percepção Geral da Segurança do Paciente*, *Frequência de Eventos Relatados* e o *Grau de Segurança do Paciente e Número de Eventos Relatados*. A consistência interna do questionário *Hospital Survey Patient Safety Culture* foi de 0,801, corroborando a boa confiabilidade.

Os comentários dos profissionais de saúde quanto à cultura de segurança do paciente no hospital se concentraram na categoria *Dificuldades ou aspectos considerados como barreira ou dificultadores na segurança do paciente*, denotando circunstâncias favoráveis ao surgimento do erro e da subnotificação.

Garantir a segurança do paciente é um desafio significativo para as instituições de saúde e os profissionais que nela atuam, considerando que se trata de uma questão tanto profissional quanto institucional e, nesta perspectiva, há um longo caminho a percorrer para que efetivamente se priorize a cultura de segurança. Para isso, é necessária a consonância de objetivos entre formuladores de políticas, gestores e profissionais de saúde.

## 7 RECOMENDAÇÕES

Considerando os resultados encontrados nesta pesquisa avaliativa, torna-se pertinente a formulação das seguintes recomendações:

1. Promover a ambiência adequada à notificação de situações de riscos advindos tanto do sistema organizacional quanto de falhas humanas;
2. Adotar a abordagem sistêmica perante os erros, em vez da abordagem individual, no sentido de detectar falhas e corrigi-las em tempo hábil;
3. Implantar o sistema de prontuários eletrônicos para uso de todos os profissionais de saúde do hospital;
4. Priorizar a qualificação dos profissionais que compõem a instituição para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente;
5. Adotar e divulgar com maior efetividade os protocolos e diretrizes nacionais e internacionais preconizadas para a segurança do paciente;
6. Difundir entre todos os profissionais do hospital informações sobre o preenchimento dos formulários de notificação;
7. Criar um setor responsável para coordenar as ações de *feedback* das notificações realizadas pelos profissionais;
8. Estimular o monitoramento das informações para se trabalhar no intuito de evitar os eventos adversos;
9. Considerar a especificidade de cada setor da instituição no que concerne à promoção da cultura de segurança do paciente;
10. Disponibilizar equipamentos e insumos adequados e suficientes para a produção do cuidado seguro.

## REFERÊNCIAS

Advanced Health In American (AHA). **Strategies for Leadership: An Organizational Approach to Patient Safety**. Englisch, Taschenbuch – Jan., 2000.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). **Hospital survey on patient safety culture**. Jun., 2014.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Ministério da Saúde e Anvisa anunciam ações para segurança do paciente**. Abr., 2013a.

\_\_\_\_\_. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília–DF, 1ª edição, 2013b.

\_\_\_\_\_. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2014.

ALMEIDA, D.; SANTOS, M.A.R.; COSTA, A.B. **Aplicação do coeficiente alfa de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da saúde pública**. In: XXX Encontro nacional de engenharia de produção (Anais). São Carlos, SP. UFSCAR, Brasil, 12 a 15 de outubro de 2010, p. 1-12.

AMELLINO, D.; GRIFFIN, M.T.Q.; FITZPATRICK, J.J. Structural empowerment and patient safety culture among registered nurses working in adult critical care units. **Journal of Nursing Management**, v.18, n. 7, p. 796-803, Oct., 2010.

ARANAZ-ANDRÉS, J.M.; et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican Study of Adverse Events' (IBEAS) Published Online First. **BMJ Qual Saf**; v. 20, p. 1043-51, Jun., 2011.

AUER, C.; et al. How Hospital Leaders Contribute to Patient Safety Through the Development of Trust. **J Nurs Adm.** v. 44, n. 1, p. 23-9, Jan., 2014.

BALLANGRUD, R.; HEDELIN, B.; HALL-LORD, M.L. Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: a cross-sectional study. **Intensive Critical Care Nursing**, v. 28, n. 6, p. 344 – 54, Dec., 2012.

BATALHA, E.M.S.S. **A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino**. 2015. 154f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

BOHRER, C. D.; et al. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, RS, v.6, n. 1, p. 50-60. Jan./Mar., 2016.

BORBA NETTO, F. C.; SEVERINO, F. G. Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino do Ceará. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 3, p. 334-41, Jul./Set., 2016.

BOSI, M.L.M; PONTES, R.J.S; VASCONCELOS, S.M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 318-24, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 777 /GM, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 40 p., 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Diário oficial da união nº 12, Brasília, DF, Secção 1, pp. 59, 13 Jun., 2013b.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 65, n. 1, p. 97-103, Jan-Fev., 2012.

BUSANELLO, J.; et al. Cuidados de enfermagem ao paciente adulto: prevenção de lesões cutâneo mucosas e segurança do paciente. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, RS, v. 5, n. 4, p. 597-606, Out./Dez., 2015.

CALDANA, G.; et al. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 906-11, Jul-Set., 2015.

CAPUCHOI, H.C; CASSIANI, S.H.B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 791-8. 2013.

CARVALHO, R.E.F.L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil** – Questionário de Atitudes de Segurança. 2011. 173 f. Doutorado [tese]. Escola de Enfermagem de Ribeirão, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto: SP, 2011.

CARVALHO, R.E.F.L; CASSIANI, S.H.B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil. **Rev. Latino-Am. Enferm**, Ribeirão Preto: SP, v. 20, n. 3, p. 575-82, Mai/Jun., 2012.

CARVALHO, R. E. F.L. et al. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto: SP, v. 25, n. 9, p. 1-8, Mar., 2017.

CASSIANI, S.H.B. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 7-8, 2010.

CASTAÑEDA-HIDALGO, H.; et al. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. **Ciencia y Enfermería.**, Concepción, v. 19, n. 2, p. 77-88, 2013.

CAVALCANTE, A.K.C.B.; et al. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Rev. Cubana de Enfermería** [revista en Internet]. La Habana, Cuba, v. 31, n. 4, Oct/Dic., 2015.

CHEN, I.C.; LI, H.H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital on Patient Safety Culture (HSOPSC). **BMC Health Services Research**. [Internet]. v. 10, nº 152, p. 1-10, 2010.

CLINCO, S.D.O. **O hospital é seguro?** Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente. 2007. 98 f. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, SP. 2007.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa perfil da enfermagem no Brasil. 2015.**

\_\_\_\_\_. **Resolução COFEN nº 0527/2016, de 27 de setembro de 2016.** Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. São Paulo: COREN/SP; 2016.

\_\_\_\_\_. **Resolução COFEN nº 293/2004,** de Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. COFEN, 2017a.



---

\_\_\_\_\_ . **Enfermagem em Números pelos Conselhos Regionais**, 2017b.

COLLA, J.B.; et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Quality & Safety in Health Care**, v. 14, n. 5, p. 364-66, Oct., 2005.

COSTA, D. V. S.; et al. Contribuições da enfermagem na segurança do paciente da unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 6, p. 2177-88, Jun., 2016.

DA CORREGGIO, T.C.; AMANTE, L.N.; BARBOSA, S.F.F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 67-73, Abr./Jun., 2014.

DA SILVA, L. D.; et al. Erros com medicamentos no contexto hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Evidentia**, Granada, v. 8, n. 34, Abr/Jun., 2011.

DICKENS, D.; SINSABAUGH, D.; WINGER, B. Primum Non Nocere. **Arch Pediatric Adolesc Med.**, v. 1620, n. 11, p. 1185, 2006.

DOWERIET, H. F. A.; et al. Patient's Safety Culture Principles and applications: Review article. **European Scientific Journal.**, v. 11, n. 15, May. 2015.

DUCCI, A.J. **Segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: fatores dos pacientes, estresse, satisfação profissional e cultura de segurança na ocorrência de eventos adversos.** 2015. 289 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.

EIRAS, M.; et al. **Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses** - Resultados do estudo piloto. 2011. 47 f. (Estudo Piloto). Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. Departamento na Qualidade da Saúde. [Online]. 2011.

Emergency Care Research Institute-ECRI. **Patient Safety and Risk Management Resources.** Patient Safety Self-Assessment Questionnaire. 2005.

FENG X, et al. Factores associated with nurses perceptions of patient safety culture in China: a cross- sectional survey study. **Jornal of evidence-Based Medicine.** 2012.

FERNANDES, L.G.G.; et al. Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife; v. 8, n. supl.1, p. 2507-12, Jul., 2014.

FERNANDES, A. M. M. L.; QUEIRÓZ, P. J. P. Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, ser III, n. 4, 2011.

FERMO, V. C.; et al. Cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 6, p. 1139-46, Nov-Dez., 2015.

FONTELLES, M.J.; et al. Metodologia da pesquisa: diretrizes para o cálculo do tamanho da amostra. **Rev Paran Med.**, v. 24, p. 57-64, 2010.

FORTIN, M.F. **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Tradução Nidia Salgueiro. ed. Loures: Lusodidata. 388p. 2009.

FRANÇOLIN, L.; et al. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Rev Esc Enferm USP**; São Paulo, v. 49, n. 2; p. 277-83, 2015.

FREITAS, T.A.; et al. **Análise de um instrumento de avaliação docente**. In: Engenharia: múltiplos saberes e atuação (Anais). Juiz de Fora, MG, Brasil. 2014.

GALLOTTI, R.M.D.G. Eventos adversos – o que são?. **Rev Assoc Med Bras.**, vol. 50, pp: 109-26, 2004.

GONÇALVES, L.A.; et al. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. **Rev Esc Enferm, USP**; São Paulo, v. 46, nº Esp, p. 71-7, Out., 2012.

GORDON R.; KIRWAN B.; PERRIN E. Measuring safety culture in a research and development centre: A comparison of two methods in the Air Traffic Management domain. **23<sup>rd</sup> International NeTWork-Workshop “Safety Culture and Behavioural Change at the Workplace” Blankensee/FRG**, EUROCONTROL Experimental Centre, BP 15, Bretigny-sur-Orge, F-91222, France, Sep 9-11, 2004.

HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety Culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Qual Saf**; v. 20, p. 338-43, 2011.

HANDLER, S.M.; et al. Patient safety culture assessment in the nursing home. **Qual Saf Health Care**. v. 15, p. 400-4, 2006.

HARADA, M. D. J.; PEDREIRA, M. **O erro humano e sua prevenção**. Em: Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, p. 41-55, 2013.

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS – HGV. **Portal da Saúde**. 2017. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/paginas/47-hospital-getulio-vargas>. Acesso em: 02/08/2015.

KAWAMOTO, A. M.; et al. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **J. res.: fundam. care. online**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4387-98, Abr./Jun., 2016.

LARSON, R; FARBER, B. **Estatística Aplicada**. 4ª edição. Pearson, 2010.

LEITÃO, I.M.T.A. et al. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. **Rev Rene**; Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1073-83, Nov/Dez., 2013.

LOPES, E.C.; VALENTIM, M.L.P.; FADEL, B. Efeitos da cultura organizacional no desenvolvimento dos modelos de governança corporativa. **Rev. FAMECOS** Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 268-286, Jan.-Abr., 2014.

LOPEZ, M.F.A.; WEGNER, W. Eventos adversos no cuidado da criança: concepções de familiar/cuidador na atenção básica. **Rev. Ciênc. & Saúde**, Porto Alegre; vol. 6, nº. 3, pp: 190-6, Set./Dez, 2013.

MACEDO, T. R.; et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 757-63, 2016.

MALVÁREZ, S.; RODRIGUES, J. Enfermería y seguridad de los pacientes: notas conceptuales. In: Organización Panamericana de la Salud. **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Washington, D.C.: OPAS, p. 01-17, 2011.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1-21, Set., 2014.

MARINHO, M. M.; RADÜNZ, V.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; v. 23, n. 3, p. 581-90, Jul-Set., 2014.

MASSOCO, E. C. P; MELLEIRO, M. M. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **REME • Rev Min Enferm.**, Minas Gerais, v. 19, n. 2, p. 187-191, Abr/Jun., 2015.

MELLO, J.F. **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem.** 2011. 219 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Florianópolis, SC, 2011.

MELLO, J.F.; BARBOSA, S.F.F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; v. 22, n. 4, p. 1124-33, Out-Dez., 2013.

MINUZZI, A.P. **Cultura de segurança do paciente: avaliação dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva.** 2014. 189 f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC, 2014.

MINUZZI, A. P., et al. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 121-9, Jan/Mar., 2016.

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 Enferm**, Santa Catarina, v. 25, n. 2, Jun., 2016.

MONTSERRAT-CAPELLA, D. et al. Eventos adversos. In: Organización Panamericana de la Salud. **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Washington, D.C.: OPS, p. 43-53, 2011.

NASCIMENTO, N.B.; TRAVASSOS, C.M.R. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro; v. 20, n. 2, p. 625-51, 2010.

NIE, Y., et al. Hospital survey on patient safety culture in China. **Health Serv Res** [internet]. Chicago, v.13, p. 228-38, Jun., 2013.

NIEVA, F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual Saf Health Care**. V.12, n. suppl III, p. 17-23, Dec; 2003.

NIGHTINGALE, F. **Notes on Hospitals**. 3. ed. London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green 1863.

NUNES, F.D.O.; et al. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão?. **J. res.: fundam. care. Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 841-7, Abr./Jun., 2014.

OLIVEIRA, R.M.; et al. Estratégias para promover segurança do paciente. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**; Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p. 122-30, Jan-Mar., 2014.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente**: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sanchez Nilo e Irma Angélica Duran –Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

PEREIRA, F.G.F.; et al. Segurança do paciente e promoção da saúde: uma reflexão emergente. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador; v. 29, n. 3, p. 271-7, Jul./Set., 2015.

POLLOCK, P. H. **The essentials of political analysis**. 4. ed. Washington: CQ Press, 2012.

RAMÍREZ, O.G.; et al. Cultura de seguridade del paciente por personal de enfermería em Bogotá, Colombia. **Ciencia y enfermeira**, Concepción, XVII, n. 3, p. 97-111, 2011.

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

REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. 217 f. Tese (Doutorado) Escola Municipal Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2013.

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

REIS, C.T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-36, Jul., 2013.

RIGHI, A.W.; SCHMIDT, A.S.; VENTURINI, J.C. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Produção Online**. Santa Catarina, v.10, n. 3, p. 649-69, Set., 2010.

ROBIDA, A. Hospital survey on patient safety culture in Slovenia: a psychometric evaluation. **Int J Qual Health Care**. Oxford, v. 25, n. 4, p. 469-75, Jun., 2013.

ROSA, M. B.; PERINI, E. Erros de Medicação: quem foi?. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 335-41. 2003.

SANTIAGO, T.H.R. **Cultura organizacional para segurança do paciente em terapia intensiva**: comparação de dois instrumentos Hospital Survey on Patient Culture (HSOPSC) e Safety Atitudes Questionnaire (SAQ). 2014. 110 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

SANTIAGO, T.H.R.; TURRINI, R.N.T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva\*. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n Esp, p. 123-13, Dez., 2015.

SCHEIN, E. H. **Guia de sobrevivência da Cultura Corporativa**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001.

SCHEIN, E. H. **Cultura organizacional e liderança**. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

SCHERER, D.; FITZPATRICK, J.J. Perceptions of patient safety culture among physicians and RNs in the perioperative area. **AORN Journal**, v. 87, n. 1, p. 163 – 74, Jan., 2008.

SCHWONKE, C. R. G. B., et al. Cultura de segurança: a percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas. **Enfermería Global**. Espanha, n. 41, p. 220- 33., Enero, 2016.

SEXTON, J.B., et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Serv Res**. v.6, n. 44, Abr., 2006.

SILVA-BATALHA, E.M.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 Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 432-41, Abr-Jun, 2015.

SILVA-BATALHA, E.M.S.; MELLEIRO, M.M. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 2, p. 133-142, Jul./Ago., 2016.

SILVA, M.; DIEHL, L. A relação entre cultura e clima organizacional em uma empresa do ramo alimentício do vale do taquari/RS. **Rev. destaques acadêmicos - cgo/univates**, Lajeado – RS, v. 5, n.1, 2013.

SILVA JÚNIOR, S.D.; COSTA, F.J. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e *Phrase Completion*. PMKT – **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, São Paulo, v. 15, p. 1-16, Out., 2014.

SILVA, S. G. et al. Checklist para passagem de plantão de pacientes em pós-operatório imediato na admissão em terapia intensiva. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 13-17, 2016.

SILVA, A. C. A. B.; ROSA, D. O. S. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enferm.** Paraná, v. 21, n. esp, p. 01-10. 2016.

SOUZA, F. T. et al. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, RS, v. 4, n. 1, p. 152-162, Jan/Mar., 2014.

SORRA, J.; NIEVA, S. **Hospital Survey on Patient Safety Culture, AHRQ. Publication No. 04-0041.** 2004. [Online] Available at: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>. Acesso em: 02/08/2015.

SORRA, J.; et al. **Hospital Survey on Patient Safety Culture 2008 Comparative Database Report.** Part II, III Rockville MD; AHRQ Publ. No. 08-0039. 2008.

TERESINA. Diário Oficial de 30/03/2012 da Lei nº 6.201 de 27/03/2012. **Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos dos profissionais do setor de saúde do estado.** Teresina, Piauí. 2012.

THOMPSON, M. A. Patient Safety. In: CARRICO, R. et al. (Ed.). **APIC Text of Infection Control and Epidemiology.** 3. ed. Washington: Assn for Professionals in Infection, 2009.

TOBIAS, G.C. **Análise da Cultura de segurança em um hospital de ensino da região Centro-Oeste do Brasil.** 2013. 115f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás. Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Goiânia, 2013.

TOBIAS, G.C. et al. Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. **Enferm. glob.**, Murcia/Espanha, v. 13, n. 33, Enero, 2014.

TOBIAS, G.C. et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente em hospital universitário. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 1071-9, Mar., 2016a.

TOBIAS, G.C. et al. Cultura de segurança em hospital de ensino: fortalezas e fraquezas percebidas por enfermeiros. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 1063-70, Mar., 2016b.

TOFFOLETTO, M. C.; SILVA, S. C.; PADILHA K. G. Segurança do paciente e prevenção de eventos adversos na UTI. In: PADILHA K. G. et al. (Org.). **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico.** 1.ed. Barueri: Manole, 2010.

TOFFOLETTO, M.C.; RUIZ, X.R. Improving patient safety: how and why incidences occur in nursing care. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1098-105, 2013.

TOMAZONI, A. et al. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; São Paulo, v. 22, n. 5, p. 755-63, Set.-Out., 2014.

TOMAZONI, A. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 161-9, Jan-Mar., 2015.

VINCENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. Tradução de Rogério Videira. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 336p., 2010.

WACHTER, R. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2ª edição ed. Brasil: ARTMED EDITORA S.A., 500p., 2013.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 1ª edição. Porto Alegre: Artmed, 320p., 2010.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. **World health statistics**. 2009.

ZIMMER, P.M. et al. **A avaliação da cultura de segurança do paciente**: uma análise comparativa com os hospitais norte-americanos. In: IX Congresso Internacional de Qualidade e Serviços e Sistemas de Saúde. (Anais) Qualihosp, p. 262-5, 2009.



## APÊNDICE A



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



### Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

#### Instruções

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

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

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

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

#### SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

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

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

<input type="checkbox"/> a. Clínica _____	<input type="checkbox"/> f. Centro cirúrgico
<input type="checkbox"/> b. Unidade de terapia intensiva	<input type="checkbox"/> g. Hemodinâmica
<input type="checkbox"/> c. Farmácia	<input type="checkbox"/> h. Banco de sangue
<input type="checkbox"/> d. Laboratório	<input type="checkbox"/> i. Outra, por favor, especifique: _____
<input type="checkbox"/> e. Radiologia	

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

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

<b>Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...</b>	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não Concordo nem Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>
<b>1.</b> Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>2.</b> Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>3.</b> Quando ha muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para conclui-lo devidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>4.</b> 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
<b>5.</b> Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>6.</b> Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>7.</b> Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>8.</b> Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>9.</b> Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>10.</b> E apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

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

**SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe**

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

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

**SEÇÃO C: Comunicação**

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SEÇÃO C: Comunicação (Continuação)**

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Os profissionais sentem-se a vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Os profissionais tem receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados**

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

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

**SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente**

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

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

**SEÇÃO F: O seu hospital**

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

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

### **SEÇÃO G: Número de eventos notificados**

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a. Nenhuma notificação | <input type="checkbox"/> d. 6 a 10 notificações     |
| <input type="checkbox"/> b. 1 a 2 notificações  | <input type="checkbox"/> e. 11 a 20 notificações    |
| <input type="checkbox"/> c. 3 a 5 notificações  | <input type="checkbox"/> f. 21 notificações ou mais |

### **SEÇÃO H: Informações gerais**

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

**1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**6. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? \_\_\_\_\_ anos**

**7. Qual o seu grau de instrução:**

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

**8. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos****9. Indique o seu sexo:**

- |                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. Feminino | <input type="checkbox"/> b. Masculino |
|--------------------------------------|---------------------------------------|

**SEÇÃO I: Seus comentários**

**Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança de paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital. (Por favor, utilize o espaço abaixo)**

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.



## APÊNDICE B



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

#### ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA

**TÍTULO DO PROJETO:** Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino

**Pesquisador Responsável:** Lidya Tolstenko Nogueira

**Pesquisador Participante:** Andreia Karla de Carvalho Barbosa Cavalcante

**Instituição/ Departamento:** Universidade Federal do Piauí / Centro de Ciências da Saúde / Departamento de Enfermagem

**Telefone para contato:** (86)3215- 5558 e 98826-3434

Prezado (a) Senhor (a):

O Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário de uma pesquisa Intitulada: “Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino”, respondendo a algumas perguntas sobre o tema. Não se apresse em decidir, é muito importante que o senhor(a) compreenda as informações e instruções contidas neste documento e os pesquisadores deverão responder todas as dúvidas antes que o senhor(a) se decida a participar. Depois de esclarecido sobre as informações, no caso de aceitar fazer parte do estudo, a seguir assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você tem o direito de retirar o seu consentimento de participação na pesquisa, mesmo que em sua etapa final, sem ônus ou prejuízo.

**Objetivo do estudo:** Avaliar a percepção da cultura de segurança do paciente entre os profissionais atuantes em um hospital de ensino, por meio da aplicação de um questionário de Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC).

**Procedimentos:** Sua participação consistirá no preenchimento de um questionário que solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e notificação de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida.

**Benefícios:** Não haverá benefício direto para o participante, mas será possível visualizar a percepção da cultura de segurança do paciente entre os profissionais atuantes em um hospital de ensino.

**Riscos:** Os possíveis riscos podem se relacionar à fadiga física e mental, pela extensão do formulário, o que pode causar cansaço ou falta de interesse em participar da pesquisa. Portanto, para evitar interferências exteriores e constrangimentos, o formulário será respondido em ambiente com condições adequadas de conforto e privacidade. Informamos também que em qualquer etapa

do estudo se necessitar esclarecer dúvidas ou receber qualquer informação, você terá a garantia de acesso o pesquisador responsável pelo estudo: Dr<sup>a</sup>. Lidya Tolstenko Nogueira, a qual trabalha no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Telefone para contato: (86) 3215-5558.

**Sigilo:** As informações fornecidas pelo senhor(a) terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. O senhor(a) não será identificado em momento nenhum e os pesquisadores se comprometem em manter o sigilo e anonimato da sua identidade, como estabelece a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, mesmo quando divulgados os resultados da pesquisa.

### Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, \_\_\_\_\_,  
 RG/CPF: \_\_\_\_\_, abaixo assinada, concordo em participar do estudo intitulado “Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino”, como participante. Fui suficientemente informada a respeito das informações que li, descrevendo o estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos, os procedimentos a serem realizados, desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem prejuízo.

Teresina, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2016

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do participante

Nome e assinatura do pesquisador responsável:

\_\_\_\_\_  
 Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>Lidya Tolstenko Nogueira

Presenciamos a solicitação do consentimento Livre e Esclarecido, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite da participante

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_  
 Nome \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga  
 Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI  
 tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.edu.br  
 web: www.ufpi.br/cep

**ANEXO A – Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)  
Sorra & Nieva, 2004**

This survey asks for your opinions about patient safety issues, medical error, and event

# Hospital Survey on Patient Safety

## Instructions

reporting in your hospital and will take about 10 to 15 minutes to complete.

If you do not wish to answer a question, or if a question does not apply to you, you may leave your answer blank.

- An “**event**” is defined as any type of error, mistake, incident, accident, or deviation, regardless of whether or not it results in patient harm.
- “**Patient safety**” is defined as the avoidance and prevention of patient injuries or adverse events resulting from the processes of health care delivery.

## SECTION A: Your Work Area/Unit

In this survey, think of your “unit” as the work area, department, or clinical area of the hospital where you spend most of your work time or provide most of your clinical services.

What is your primary work area or unit in this hospital? Select ONE answer.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Many different hospital units/No specific unit | <input type="checkbox"/> h. Psychiatry/mental health | <input type="checkbox"/> n. Other, please specify:       |
| <input type="checkbox"/> b. Medicine (non-surgical)                        | <input type="checkbox"/> i. Rehabilitation           | <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> c. Surgery  | <input type="checkbox"/> j. Pharmacy                 |  |
| <input type="checkbox"/> d. Obstetrics                                     | <input type="checkbox"/> k. Laboratory               |  |
| <input type="checkbox"/> e. Pediatrics                                     | <input type="checkbox"/> l. Radiology                |  |
| <input type="checkbox"/> f. Emergency department                           | <input type="checkbox"/> m. Anesthesiology           |  |
| <input type="checkbox"/> g. Intensive care unit (any type)                 |  |  |

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your work area/unit.

Think about your hospital work area/unit...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. People support one another in this unit.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. We have enough staff to handle the workload.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. When a lot of work needs to be done quickly, we work together as a team to get the work done.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**SECTION A: Your Work Area/Unit**  
**(continued)**

4. In this unit, people treat each other with respect .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5. Staff in this unit work longer hours than is best for patient care.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

Think about your hospital work area/unit...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
6. We are actively doing things to improve patient safety .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
7. We use more agency/temporary staff than is best for patient care .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
8. Staff feel like their mistakes are held against them .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
9. Mistakes have led to positive changes here.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
10. It is just by chance that more serious mistakes don't happen around here .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
11. When one area in this unit gets really busy, others help out.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
12. When an event is reported, it feels like the person is being written up, not the problem .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
13. After we make changes to improve patient safety, we evaluate their effectiveness .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
14. We work in "crisis mode" trying to do too much, too quickly .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

- 15. Patient safety is never sacrificed to get more work done ..... <sub>1</sub>    <sub>2</sub>    <sub>3</sub>    <sub>4</sub>    <sub>5</sub>
- 16. Staff worry that mistakes they make are kept in their personnel file ..... <sub>1</sub>    <sub>2</sub>    <sub>3</sub>    <sub>4</sub>    <sub>5</sub>
- 17. We have patient safety problems in this unit ..... <sub>1</sub>    <sub>2</sub>    <sub>3</sub>    <sub>4</sub>    <sub>5</sub>
- 18. Our procedures and systems are good at preventing errors from happening ..... <sub>1</sub>    <sub>2</sub>    <sub>3</sub>    <sub>4</sub>    <sub>5</sub>

**SECTION B: Your Supervisor/Manager**

- |   | Strongly<br>Disagree<br>▼             | Disagree<br>▼                         | Neither<br>▼                          | Agree<br>▼                            | Strongly<br>Agree<br>▼                |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. My supervisor/manager says a good word when he/she sees a job done according to established patient safety procedures..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 2. My supervisor/manager seriously considers staff suggestions for improving patient safety.....                              | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 3. Whenever pressure builds up, my supervisor/manager wants us to work faster, even if it means taking shortcuts.....         | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 4. My supervisor/manager overlooks patient safety problems that happen over and over .....                                    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |

**Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your immediate supervisor/manager or person to whom you directly report.**

**SECTION C: Communications**

- | <b>Think about your hospital work area/unit...</b>   | Never<br>▼                            | Rarely<br>▼                           | Some<br>-times<br>▼                   | Most<br>of the<br>time<br>▼           | Always<br>s<br>▼                      |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. We are given feedback about changes put into place based on event reports.....                | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 2. Staff will freely speak up if they see something that may negatively affect patient care..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 3. We are informed about errors that happen in this unit ....                                    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 4. Staff feel free to question the decisions or actions of those with more authority .....       | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 5. In this unit, we discuss ways to prevent errors from happening again .....                    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 6. Staff are afraid to ask questions when something does not seem right.....                     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |

**How often do the following things happen in your work area/unit?**

**SECTION D: Frequency of Events Reported**

In your hospital work area/unit, when the following mistakes happen, *how often are they reported?*

	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼
1. When a mistake is made, but is <i>caught and corrected before affecting the patient</i> , how often is this reported?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. When a mistake is made, but has <i>no potential to harm the patient</i> , how often is this reported?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. When a mistake is made that <i>could harm the patient</i> , but does not, how often is this reported?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SECTION E: Patient Safety Grade**

Please give your work area/unit in this hospital an overall grade on patient safety.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
Excellent	Very Good	Acceptable	Poor	Failing

**SECTION F: Your Hospital**

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your hospital.

Think about your hospital...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. Hospital management provides a work climate that promotes patient safety.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Hospital units do not coordinate well with each other .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Things “fall between the cracks” when transferring patients from one unit to another .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. There is good cooperation among hospital units that need to work together .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Important patient care information is often lost during shift changes .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. It is often unpleasant to work with staff from other hospital units .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Problems often occur in the exchange of information across hospital units.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. The actions of hospital management show that patient safety is a top priority .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Hospital units work well together to provide the best care for patients.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Shift changes are problematic for patients in this hospital ..... <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub> <sub>5</sub>

**SECTION G: Number of Events Reported**

**In the past 12 months, how many event reports have you filled out and submitted?**

- a. No event reports
- b. 1 to 2 event reports
- c. 3 to 5 event reports
- d. 6 to 10 event reports
- e. 11 to 20 event reports
- f. 21 event reports or more

**SECTION H: Background Information**

**This information will help in the analysis of the survey results.**

**1. How long have you worked in this hospital?**

- a. Less than 1 year
- b. 1 to 5 years
- c. 6 to 10 years
- d. 11 to 15 years
- e. 16 to 20 years
- f. 21 years or more

**2. How long have you worked in your current hospital work area/unit?**

- a. Less than 1 year
- b. 1 to 5 years
- c. 6 to 10 years
- d. 11 to 15 years
- e. 16 to 20 years
- f. 21 years or more

**3. Typically, how many hours per week do you work in this hospital?**

- a. Less than 20 hours per week
- b. 20 to 39 hours per week
- c. 40 to 59 hours per week
- d. 60 to 79 hours per week
- e. 80 to 99 hours per week
- f. 100 hours per week or more

**SECTION H: Background Information (continued)**

**4. What is your staff position in this hospital? Select ONE answer that best describes your staff position.**

- a. Registered Nurse
- b. Physician Assistant/Nurse Practitioner
- c. LVN/LPN
- d. Patient Care Asst/Hospital Aide/Care Partner
- e. Attending/Staff Physician
- f. Resident Physician/Physician in Training
- j. Respiratory Therapist
- k. Physical, Occupational, or Speech Therapist
- l. Technician (e.g., EKG, Lab, Radiology)
- m. Administration/Management
- n. Other, please specify:

- 
- g. Pharmacist
- h. Dietician
- i. Unit Assistant/Clerk/Secretary

**5. In your staff position, do you typically have direct interaction or contact with patients?**

- a. YES, I typically have direct interaction or contact with patients.
- b. NO, I typically do NOT have direct interaction or contact with patients.

**6. How long have you worked in your current specialty or profession?**

- a. Less than 1 year                       d. 11 to 15 years
- b. 1 to 5 years                               e. 16 to 20 years
- c. 6 to 10 years                               f. 21 years or more

**SECTION I: Your Comments**

Please feel free to write any comments about patient safety, error, or event reporting in your hospital.

**THANK YOU FOR COMPLETING THIS SURVEY.**



**ANEXO B - Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)  
Reis, 2013**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)**

**Instruções**

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

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

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

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

**SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho**

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

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

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

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

<b>Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...</b>	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
<b>1.</b> Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>2.</b> Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>3.</b> Quando ha muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para conclui-lo devidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>4.</b> 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
<b>5.</b> Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>6.</b> Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>7.</b> Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>8.</b> Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>9.</b> Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>10.</b> E apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

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

**SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe**

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

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

**SEÇÃO C: Comunicação**

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SEÇÃO C: Comunicação (Continuação)**

<b>Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...</b>	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
<b>3.</b> Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>4.</b> Os profissionais sentem-se a vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>5.</b> Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>6.</b> Os profissionais tem receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados**

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

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

**SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente**

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

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

**SEÇÃO F: O seu hospital**

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

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

### **SEÇÃO G: Número de eventos notificados**

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a. Nenhuma notificação | <input type="checkbox"/> d. 6 a 10 notificações     |
| <input type="checkbox"/> b. 1 a 2 notificações  | <input type="checkbox"/> e. 11 a 20 notificações    |
| <input type="checkbox"/> c. 3 a 5 notificações  | <input type="checkbox"/> f. 21 notificações ou mais |

### **SEÇÃO H: Informações gerais**

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

**1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**6. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? \_\_\_\_\_ anos**

**7. Qual o seu grau de instrução:**

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

**8. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos****9. Indique o seu sexo:**

- |                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. Feminino | <input type="checkbox"/> b. Masculino |
|--------------------------------------|---------------------------------------|

**SEÇÃO I: Seus comentários**

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

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.



## ANEXO C

## Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PIAÚÍ - UFPI



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL DE ENSINO

Pesquisador: Lidya Tolstenko Nogueira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 51572215.3.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.513.759

## Apresentação do Projeto:

Traça-se de projeto de pesquisa intitulado AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL DE ENSINO, que tem como pesquisador responsável o prof. (a) Lidya Tolstenko Nogueira, como pesquisador assistente Andreia Karla de Carvalho Barbosa Cavalcante.

Na contextualização da pesquisa a pesquisadora informa que "A segurança do paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados ao cuidado de saúde a um mínimo aceitável, em que o minimamente aceitável diz respeito às informações atuais, aos recursos disponíveis e ao contexto em que a assistência é prestada (WHO, 2009). Há uma preocupação crescente com a magnitude da ocorrência de eventos adversos (EAs), isto é, com lesões ou danos ao paciente ocasionados pelo cuidado de saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Garantir a qualidade nos cuidados em saúde envolve adesão aos princípios básicos de atendimento

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550  
UF: PI Município: TERESINA  
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br





UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.513.759

e aos

critérios ou padrões estabelecidos para manter a prevenção e melhoria contínua da assistência ao paciente."

E ainda, relativamente à metodologia informa que "trata-se de um estudo descritivo, transversal, analítico, de abordagem quantitativa a ser realizado em um hospital geral, de alta complexidade, referência no estado do Piauí, e conveniado na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo será desenvolvido nas unidades UTI, CC e unidades de internações (clínicas especializadas) e setores hospitalares (farmácia, laboratório, hemodinâmica, radiologia, nutrição, banco de sangue, laboratório e serviço social). A população do estudo será constituída pelos profissionais da instituição: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, os médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, técnicos de laboratório, farmácia e radiologia,

nutricionistas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, auxiliares de saúde e psicólogos, que tenham contato direto, ou interação direta com os pacientes internados; e profissionais que não tenham contato direto com o paciente, mas cujas funções desempenhadas afetavam diretamente o cuidado ao paciente internado (líderes, gerentes, supervisores e administradores).

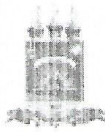
"Critério de Inclusão:

Serão considerados os seguintes critérios de inclusão: profissional do quadro efetivo, com uma carga horária semanal de pelo menos 20 horas e atuação há pelo menos 6 meses no hospital.

Critério de Exclusão:

Serão excluídos aqueles que estiverem afastados do trabalho por vacância ou qualquer modalidade de licença (médica, prêmio, ou sem vencimento)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550  
UF: PI Município: TERESINA  
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.513.759

no período da coleta de dados e, os profissionais que não forem encontrados após três tentativas."  
Amostra de 374 participantes.

**Objetivo da Pesquisa:**

"Objetivo Primário:

Avaliar a percepção da cultura de segurança do paciente entre os profissionais atuantes em um hospital de ensino

Objetivo Secundário:

Analisar as dimensões da cultura de segurança do paciente percebidas pelos profissionais; Comparar a cultura de segurança do paciente entre as unidades hospitalares; Comparar a diferença da cultura de segurança do paciente por categorias profissionais; Identificar pontos fortes e fracos da cultura de segurança do paciente no sentido de promover oportunidades de melhoria."

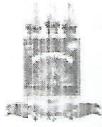
**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

"Riscos:

Os possíveis riscos podem se relacionar à fadiga física e mental, pela extensão do formulário, o que pode causar cansaço ou falta de interesse em participar da pesquisa. Portanto, para evitar interferências exteriores e constrangimentos, o formulário será respondido em ambiente com condições adequadas de conforto e privacidade. Informamos também que em qualquer etapa do estudo se necessitar esclarecer dúvidas ou receber qualquer informação, você terá a garantia de acesso o pesquisador responsável pelo estudo: Dr<sup>a</sup>. Lidya Tolstienko Nogueira, a qual trabalha no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Telefone para contato: (86) 3215-5558

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550  
UF: PI Município: TERESINA  
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.513.759

**"Riscos:**

Os possíveis riscos podem se relacionar à fadiga física e mental, pela extensão do formulário, o que pode causar cansaço ou falta de interesse em participar da pesquisa. Portanto, para evitar interferências exteriores e constrangimentos, o formulário será respondido em ambiente com condições adequadas de conforto e privacidade. Informamos também que em qualquer etapa do estudo se necessitar esclarecer dúvidas ou receber qualquer informação, você terá a garantia de acesso o pesquisador responsável pelo estudo: Dr<sup>a</sup>. Lidya Tolstienko Nogueira, a qual trabalha no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Telefone para contato: (86) 3215-5558

**Benefícios:**

Não haverá benefício direto para o participante, mas será possível visualizar a percepção da cultura de segurança do paciente entre os profissionais atuantes em um hospital de ensino."

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados todos os termos obrigatórios

**Recomendações:**

Sem recomendação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto apto a ser desenvolvido.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_636146.pdf	25/04/2016 15:23:14		Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550  
UF: PI Município: TERESINA  
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.513.759

Projeto Detalhado / Brochura	PROJETOANDREIA.pdf	25/04/2016 15:00:50	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
Investigador				
Cronograma	4CRONOGRAMAANDREIA.pdf	25/04/2016 15:00:27	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
TTCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TTCLE.pdf	04/03/2016 17:20:44	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	curriculo.pdf	03/12/2015 15:47:31	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	03/12/2015 15:42:21	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	03/12/2015 15:42:01	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INSTRUMENTO.pdf	03/12/2015 15:41:40	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAODOSPESQUISADORES. pdf	03/12/2015 15:41:29	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAODERESPONSABILIDAD E.pdf	03/12/2015 15:40:43	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTEDEENCAMINHAMENTO.pdf	03/12/2015 15:40:23	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	03/12/2015 15:39:52	Lidya Tolstenko Nogueira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 25 de Abril de 2016

Assinado por:

Adrianna de Alencar Setubal Santos  
(Coordenador)

Profª Adrianna de Alencar Setubal Santos  
Coordenadora CEP-UFPI  
Portaria Propeq N° 16/2014

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550

UF: PI Município: TERESINA  
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br