



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS  
CAMPUS DE CHAPECÓ  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**KARINE KOOKE**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DA REGIÃO DO  
OESTE DE SANTA CATARINA.**

**CHAPECÓ – SC  
2019**

**KARINE KOOKE**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DA REGIÃO DO  
OESTE DE SANTA CATARINA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito para obtenção do título de Bacharel em enfermagem.

Orientadora: Profª Dra. Aline Massaroli.

**CHAPECÓ – SC**

**2019**

**Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS**

Kooke, Karine

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DA  
REGIÃO DO OESTE DE SANTA CATARINA. / Karine Kooke. --  
2019.

66 f.:il.

Orientador: Enfermeira. Doutora em Enfermagem Aline  
Massaroli.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -  
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de  
Enfermagem, Chapecó, SC , 2019.

1. Segurança. . 2. Cultura de Segurança.. 3.  
Paciente.. I. Massaroli, Aline, orient. II. Universidade  
Federal da Fronteira Sul. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL – UFFS  
CAMPUS CHAPECÓ  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KARINE KOOKE

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DA REGIÃO  
DO OESTE DE SANTA CATARINA.

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul, *Campus* Chapecó.

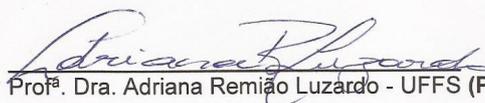
**Orientador:** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Aline Massaroli.

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em:  
09/12/2019.

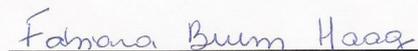
**BANCA EXAMINADORA**



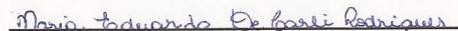
Prof<sup>ª</sup>. Dra. Aline Massaroli - UFFS (Presidente da Banca - Orientador)



Prof<sup>ª</sup>. Dra. Adriana Remião Luzardo - UFFS (Primeiro Titular)



Prof<sup>ª</sup>. M.Sc Fabiana Brum Haag - UFFS (Segundo Titular)



Prof<sup>ª</sup>. M.Sc Maria Eduarda de Carli Rodrigues - UFFS (Suplente)

## RESUMO

A cultura de segurança do paciente é o produto de atitudes, valores e padrões de comportamento individuais ou de grupos. O presente estudo objetivou: avaliar o nível da cultura de segurança do paciente, sob a ótica de profissionais de saúde, em um hospital da Região Oeste de Santa Catarina, por meio do *instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), que possui 42 itens divididos em 12 dimensões. A coleta de dados ocorreu no período de maio a junho de 2018, a amostra foi obtida por conveniência onde tivemos 299 participantes, os dados foram organizados em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Excel®. Para a análise e interpretação das dimensões da cultura de segurança, foi aplicada a metodologia proposta pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEPSH/UFFS), CAAE é 85960518.0.0000.5564. A porcentagem geral de respostas positivas foi de 46%, a dimensão que apresentou um percentual maior de respostas positivas foi a “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”, entretanto nenhuma dimensão atingiu valor acima de 75% que é considerado área forte para a cultura de segurança do paciente. A dimensão que apresentou maior fragilidade foi a “Resposta não punitiva ao erro” com o menor percentual, 16%, de respostas positivas. A maioria dos profissionais 56% não realizou nenhuma notificação no período de 12 meses, grande parte dos participantes elencou que a nota de segurança do paciente no seu setor de trabalho é “muito boa” ou “Regular”. Conclui-se que a cultura de segurança do paciente na instituição deve ser trabalhada de forma mais intensa, podendo utilizar os resultados deste estudo para apoiar estas condutas, foram identificadas as dimensões que apresentam maiores fragilidades as quais deve-se investir na promoção e disseminação de uma cultura de segurança não punitiva que visa o aprimoramento dos profissionais em todas as áreas do hospital.

Palavra-chave: Segurança. Cultura de Segurança. Paciente.

## ABSTRACT

The patient safety culture is the product of individual or group attitudes, values and behavioral patterns. The aim of this study was to evaluate the level of patient safety culture from the perspective of health professionals in a hospital in the western region of Santa Catarina, through the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) instrument, which has 42 items divided into 12 dimensions. Data collection took place from May to June 2018, the sample was obtained by convenience where we had 299 participants, the data were organized in Microsoft Excel® spreadsheets. For the analysis and interpretation of safety culture dimensions, the methodology proposed by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) was applied. This paper was submitted to the Human Research Ethics Committee of the Federal University of Southern Frontier (CEPSH / UFFS), CAAE is 85960518.0.0000.5564. The overall percentage of positive responses was 46%, the dimension that had the highest percentage of positive responses was "Organizational learning and continuous improvement", however no dimension reached value above 75% which is considered a strong area for safety culture. of the patient. The most fragile dimension was the "Non-punitive Error Response" with the lowest percentage, 16%, of positive responses. Most professionals 56% did not make any notification within 12 months, most participants stated that the patient safety score in their work sector is "very good" or "Regular". It is concluded that the patient safety culture in the institution should be worked more intensively, being able to use the results of this study to support these behaviors. The dimensions that present the greatest weaknesses were identified, which should be invested in the promotion and dissemination of a non-punitive safety culture aimed at improving professionals in all areas of the hospital.

Keywords: Safety. Safety culture. Patient.

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| FIGURA 1. Modelo do queijo suíço de acidentes organizacionais de James Reason.<br>..... | 16 |
|---|----|

## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| TABELA 1- Resultado separado por dimensões..... | 36 |
|---|----|

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| QUADRO 1 – Definições de termos segundo a AHRQ para análise da cultura de segurança do paciente em hospitais, versão brasileira.....                                   | 23 |
| QUADRO 2 – Definições para cálculo estatístico de resultados.....  | 24 |
| QUADRO 3 – Definição das doze dimensões do instrumento de avaliação da cultura do paciente em hospitais, versão brasileira.....  | 26 |
| QUADRO 4-Descrição das perguntas que englobam cada uma das doze dimensões do instrumento de avaliação da cultura do paciente em hospitais, versão brasileira.<br>..... | 27 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|   |    |
|---|----|
| GRÁFICO 1 - Profissão dos participantes que responderam o instrumento de avaliação da cultura do paciente em hospitais, versão brasileira.....                      | 33 |
| GRÁFICO 2 - Tempo de trabalho dos profissionais que responderam o instrumento de avaliação da cultura do paciente em hospitais, versão brasileira na instituição..  | 34 |
| GRÁFICO 3- Setor em que os profissionais atuam de acordo com as respostas no instrumento de avaliação da cultura do paciente em hospitais, versão brasileira....    | 34 |
| GRÁFICO 4 - Tempo de trabalho no setor atual de cada profissional que respondeu o instrumento de avaliação da cultura do paciente em hospitais, versão brasileira.. | 35 |
| GRÁFICO 5 - Nota de segurança do paciente na sua unidade.....   | 37 |
| GRÁFICO 6 - Número de eventos que cada profissional relatou durante os últimos 12 meses.....  | 37 |

## SUMÁRIO

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 1   | INTRODUÇÃO.....  | 12 |
| 2   | REVISÃO DE LITERATURA.....   | 15 |
| 2.1 | SEGURANÇA DO PACIENTE.....   | 15 |
| 2.2 | CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....                                      | 17 |
| 3   | METODOLOGIA.....   | 20 |
| 3.1 | TIPO DE ESTUDO.....  | 20 |
| 3.2 | LOCAL DE ESTUDO.....   | 20 |
| 3.3 | POPULAÇÃO.....   | 21 |
| 3.4 | COLETA DOS DADOS.....  | 22 |
| 3.5 | ANÁLISE DE DADOS.....  | 23 |
| 3.6 | INSTRUMENTO DE COLETA.....   | 26 |
| 3.7 | ASPECTOS ÉTICOS.....   | 30 |
| 3.8 | RISCOS E BENEFÍCIOS.....   | 31 |
| 3.9 | DEVOLUÇÃO DOS DADOS.....   | 32 |
| 4   | RESULTADOS.....  | 33 |
| 4.1 | CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....                                      | 33 |
| 4.2 | AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....                         | 35 |
| 5   | DISCUSSÃO.....   | 38 |
| 6   | CONSIDERAÇÕES FINAIS.....  | 47 |
|     | REFERÊNCIAS.....   | 49 |
|     | APÊNDICE.....  | 56 |
|     | APÊNDICE A-Questionário: Cultura de Segurança do paciente no Hospital..... | 56 |
|     | APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....                | 60 |
|     | ANEXO.....   | 62 |
|     | ANEXO A. Parecer substanciado do CEP.....                                  | 62 |

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (2014) a segurança do paciente é comentada desde os anos 460 a.C. onde se trazia que os cuidados não deveriam causar nenhum tipo de dano.

Porém, esta começou a ser reconhecida como um problema de saúde pública após a divulgação do relatório do Institute of Medicine (IOM) *To Err is Human* em 1999 (COSTA *et al.*, 2018), que coletou informações de diversos prontuários para analisar as estimativas de mortes causadas por eventos adversos (PICOLOTTO *et al.*, 2019), com isso o tema segurança do paciente ganhou relevância, e nas últimas décadas as instituições elencaram a segurança uma das principais metas a serem alcançadas para garantir a qualidade da assistência oferecida pelos serviços de saúde (REIS, 2014).

Frente a este cenário, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou em 2004 a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, que surgiu com o objetivo de socializar conhecimentos e dedicar atenção aos problemas de saúde, a partir dos programas relacionados à segurança do paciente. Partindo desta premissa no Brasil foi instituída a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) no ano de 2008, com o papel de debater, fortalecer e divulgar informações e ações que favoreçam o desenvolvimento da cultura de segurança nos serviços de saúde (CALDANA *et al.*, 2015).

A segurança do paciente está diretamente relacionada com a qualidade nos serviços de saúde, é definida como a diminuição dos riscos desnecessários durante os processos assistenciais utilizando das melhores práticas para alcançar resultados sem danos para o paciente. Ela precisa ser discutida de forma responsável, pois não é um problema individual e nem somente de uma única categoria profissional, o processo de trabalho deve ser realizado a nível institucional sendo indispensável instrumentalizar todos os profissionais para que assim a cultura de segurança do paciente seja incorporada (SILVA, A. *et al.*, 2016).

A cultura de segurança do paciente engloba, assim como o modelo biopsicossocial, a prevenção de agravos e a promoção à saúde, é um conjunto de atitudes e costumes onde se visa diminuir e/ou evitar riscos desnecessários ao paciente (LAGEMANN *et al.*, 2018). Por meio da cultura de segurança, pretende

identificar os comportamentos dos profissionais da área da saúde, para que assim sejam trabalhados os elementos onde se encontram as maiores dificuldades, buscando mudanças na cultura das pessoas. Destaca-se que este é um processo complexo e precisa ser trabalhado de modo gradual e constante, para que os profissionais consigam assimilar e incorporar estas transformações (TONDO *et al.*, 2017). Precisa-se compreender que a segurança é um dos objetos primordiais para obter efetivo desempenho no cuidado (NPSF 2015).

Quando se trabalha a cultura de segurança pela ótica dos profissionais que estão prestando cuidado ao paciente, é possível elencar quais são os indicadores de desempenho da segurança do paciente na instituição, e por sua vez, se consegue observar as limitações existentes no local, com isso podemos estabelecer medidas de trabalho e prevenção para que se tenha qualidade no cuidado fazendo com que o atendimento prestado seja realizado com segurança (TONDO *et al.*, 2017).

Esta prática voltada à segurança do paciente tem grande importância e deve ser estimulada e desenvolvida em todos os serviços de saúde para que assim tenhamos um cuidado em saúde seguro, e com isso, se consiga desenvolver técnicas assertivas de trabalho voltadas para os problemas reais da instituição, abordando e focando os assuntos que se tem dificuldade para que tanto o paciente como a sua família se sintam seguros na hora de buscar os serviços de saúde (WEGNER *et al.*, 2016).

Este estudo apresenta como instrumento o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HOSPSC) que possibilita definir eixos da cultura de segurança. No Brasil, “[...] os hospitais representam aproximadamente 2,34% (6.319) dos estabelecimentos de saúde, desses 5.220 são classificados como gerais e 1.099 como especializados [...]” (SILVA, N. *et al.*, 2016 p. 02), com isso constatamos que investigar a cultura de segurança em um hospital de grande porte é algo de extrema importância, pois poderá contribuir para o conhecimento de como este tema está sendo desenvolvido nesta instituição, bem como, identificar áreas de fragilidades e potencialidades que auxiliarão os gestores e serviços estratégicos da instituição, no planejamento de ações que visem o fortalecimento da segurança do paciente neste serviço e ainda, a consolidação da cultura de segurança do paciente.

Destaca-se que ao promover esta análise em um serviço de saúde, pode-se influenciar de modo positivo nesta área que tem uma grande importância na

promoção do cuidado (MINUZZI *et al.*, 2016), e que pode impactar diretamente na qualidade do atendimento prestado (SARTOR *et al.*, 2016).

A ideia para o desenvolvimento deste projeto surgiu após iniciar minha participação em um programa de extensão, o qual tem como enfoque principal a segurança do paciente, com este trabalho almejamos fortalecer a cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde e nas escolas que possuem cursos da área da saúde. Atualmente este programa é desenvolvido em parceria entre a Universidade Federal da Fronteira Sul e um hospital de grande porte da região Oeste de Santa Catarina, que possui uma estrutura com núcleo de segurança do paciente, o qual vem ao longo do tempo desenvolvendo ações relacionadas ao assunto.

Frente a isto, foi proposta esta pesquisa com o intuito de identificar as áreas de potencialidades e de fragilidades em relação à cultura de segurança neste serviço, buscando reconhecer quais áreas precisam ser desenvolvidas atividades referentes a cultura de segurança.

O presente estudo buscará responder à questão de pesquisa: Qual o nível de segurança do paciente em um hospital de grande porte da região oeste de Santa Catarina? O objetivo geral foi avaliar o nível da cultura de segurança do paciente, sob a ótica de profissionais de saúde, em um hospital da Região Oeste de Santa Catarina.

Espera-se que com essa pesquisa se consiga identificar quais são as fragilidades referente à cultura de segurança que são encontradas na instituição, para que assim seja possível desenvolver ferramentas que os auxiliem no planejamento e no fortalecimento da cultura de segurança do paciente neste serviço, favorecendo assim para o melhor atendimento aos pacientes que buscam assistência nesta instituição.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

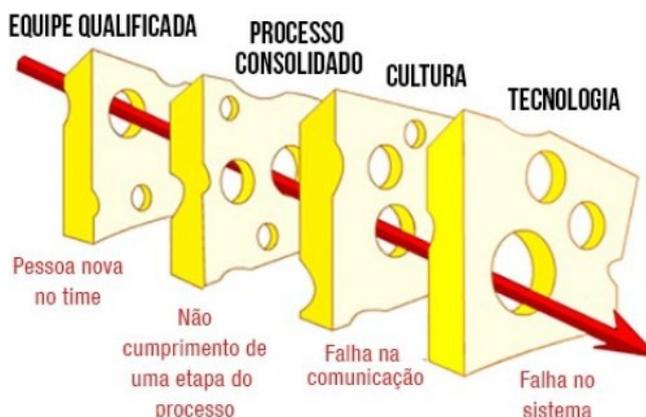
### 2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

Em 460 a.C. já se falava em segurança do paciente, Hipócrates nessa época afirmava que os profissionais de saúde deveriam aplicar as técnicas para o bem do doente, nunca para lhe causar dano ou mal. Em 1846 Ignaz Semmelweis descobriu que ao realizar a higienização das mãos, poderiam reduzir significativamente o número de febre puerperal nas enfermarias, Florence Nightingale evidenciou durante a guerra em 1854 que ao melhorar a higiene e as condições sanitárias do local onde os enfermos ficavam o número de óbitos diminuía significativamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; MAGUINA-VARGAS *et al.*, 2017).

O termo segurança do paciente se refere à redução do risco de danos desnecessários e o uso das melhores práticas para alcançar bons resultados ao paciente durante os processos assistenciais, para se promover esta segurança precisamos de intervenções globais, essas mudanças devem ser realizadas em qualquer instituição independentemente de seus recursos financeiros e precisa ser articulada priorizando o bem estar da equipe de trabalho levando em consideração a segurança em todo o processo assistencial diminuindo os índices de morbidade e mortalidades causadas por eventos adversos (PRONOVOST *et al.*, 2015).

A segurança do paciente necessita ser problematizada e discutida de forma séria e responsável, se deve trabalhar com técnicas e abordagens que previnam e identifiquem o erro antes dele atingir o paciente e lhe causar danos. O modelo do psicólogo britânico James Reason que se denomina “queijo suíço” é utilizado como técnica de assistência sistêmica, com ele se pode observar que quando o erro ocorrer em um único local, ou seja, por um único profissional ele dificilmente chegará até o paciente e causará algum dano, pois tecnicamente se tivermos uma cultura de segurança eficaz, alguma outra pessoa envolvida no processo de assistência identificará essa falha sendo assim, o erro só ocorrerá se houver quebra na barreira de segurança de toda a assistência (SOUZA *et al.*, 2019).

FIGURA 1. Modelo do queijo suíço de acidentes organizacionais de James Reason.



Fonte: CARLA, 2019.

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) tem grande influência nas políticas e serviços públicos de saúde, e no fim dos anos 80 estipulou técnicas para melhorar a assistência, logo após em 1990 iniciou-se no Brasil estratégias voltadas à qualidade em segurança do paciente, dentre essas iniciativas temos o Controle de Qualidade Hospitalar (CQH), em 1994 o MS estabeleceu o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP), neste mesmo período as instituições começaram a trabalhar em projetos visando um atendimento sem danos para os usuários (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

Em 1999 foi publicado o estudo “To err is human: building a safer health system” (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro), pelo Institute of Medicine, que pesquisou e colheu as informações de diversos prontuários em Nova Iorque e analisou assim as estimativas de mortes causadas por eventos adversos, a partir deste estudo surgiram também outras pesquisas que destacam erros de medicação, queda, problemas de comunicação entre equipe, procedimento cirúrgico em paciente ou local errado (SILVA, A. *et al.*, 2016).

A partir da publicação deste relatório, o assunto de segurança do paciente repercutiu mundialmente ganhando grande visibilidade, devido aos resultados apresentados que destacou a existência de uma alta taxa de mortalidade nos hospitais americanos, estimando que entre 44 mil a 98 mil pacientes tinham sua morte ocasionada por erros na assistência à saúde, esses erros poderiam ter sido por muitas vezes evitados se a segurança do paciente fosse priorizada (CALORI, 2015).

Em 2002 a Organização Mundial da Saúde durante a assembleia mundial da saúde destacou a importância da segurança do paciente, pontuando que as ações de melhoria podem ser feitas por qualquer entidade. Em seguida no ano de 2004 foi lançada a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, que tem como objetivo chamar a atenção para o problema de segurança do paciente adotando medidas de melhoria no atendimento ao paciente, além de aumentar a qualidade dos serviços de saúde (WEGNER *et al.*, 2016).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu no Brasil o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013 e da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36 de 25 de julho 2013, a portaria tem como objetivo “[...] contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional [...]” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), sendo eles públicos ou privados, e definiu conceitos relevantes para a área como a criação de um sistema para realizar as notificações de eventos adversos/ incidentes, a implementação de práticas seguras nos hospitais inclusive a elaboração de protocolos promovendo assim ações de melhoria da segurança do cuidado em saúde.

Já a RDC obriga a implementação dos NSP nos serviços de saúde e instituições para a segurança do paciente visando maior qualidade nos serviços de saúde através de ações de promoção de segurança e busca de melhoria contínua da qualidade, a não implementação do NSP resulta em infração gravíssima (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Precisamos ter em mente que a segurança do paciente é de caráter público e apesar de ser trabalhada há anos e já terem ocorrido diversas mudanças, ainda se tem muito a trabalhar (NPSF, 2015).

## 2.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O termo cultura de segurança se definiu inicialmente fora da área da saúde, foi em 1986 após o acidente de Chernobyl que se definiu esse conceito cultura de segurança, esse acidente foi o maior acidente nuclear da história ocorreu quando um reator nuclear explodiu na Ucrânia ocasionando várias mortes, ao avaliarem o fato se constatou que o mesmo só ocorreu em decorrência de uma falha humana, e

devido à cultura de segurança defasada no local o que acarretou no acidente, neste momento se alterou o foco de fatores individuais para fatores organizacionais (CAMPELO *et al.*, 2018).

A cultura da segurança do paciente é um componente primordial dos serviços que prezam as práticas seguras e a diminuição dos incidentes, esta cultura é de extrema importância, pois guia o padrão de comportamento dos profissionais (SILVA, A. *et al.*, 2016). Para se conseguir uma cultura de segurança é necessário manter uma comunicação aberta entre os profissionais, ter trabalho em equipe, o aprendizado deve ser estimulado de forma contínua a partir das notificações de eventos tendo a segurança como uma prioridade em todos os níveis da organização, deixando para trás a ideia da cultura de punição (ABREU *et al.*, 2019).

Os líderes e as instituições de saúde devem ter em mente a importância de manter uma cultura de segurança efetiva, não focando na punição do profissional, mas sim em um atendimento seguro e livre de danos para que o paciente se sinta seguro durante todo o período em que estiver recebendo atendimento (SOUZA *et al.*, 2019).

Após o lançamento do relatório “To Err Is Human”, tem sido enfatizado que devem ocorrer mudanças na cultura de segurança, compreende-se que a mudança na cultura se trata de um processo lento e que deve ser trabalhado em um longo período de tempo para que assim se tenha resultados satisfatórios, deve também ser incorporada e estimulada na instituição como sendo fundamental para o cuidado seguro. Mensurar a cultura de segurança é uma atividade básica para que assim se possa promover a mudança e se consiga programar as ações necessárias (CAMPELO *et al.*, 2018).

A cultura de segurança pode ser avaliada de diversas formas, sendo utilizados diferentes métodos dentre os instrumentos de avaliação temos diversos questionários que abordam de forma diferente o assunto, porém todos tem a mesma finalidade, o instrumento utilizado nesta pesquisa foi o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HOSPSC), um instrumento que permite mensurar diversos eixos da cultura de segurança e é amplamente utilizado no mundo para mensurar a cultura de segurança entre profissionais de hospitais, cujo trabalho influência direta ou indiretamente no tratamento do paciente (KOLANKIEWICZ *et al.*, 2017).

A avaliação da cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde tem papel fundamental na promoção do cuidado seguro, quando se avalia a cultura

de segurança das instituições se obtém através dos relatos as informações necessárias para uma abordagem assertiva sobre o assunto, quando se avalia a cultura de segurança é possível identificar questões que são relevantes à segurança e estão presentes na rotina de trabalho (SILVA, A. *et al.*, 2016). Os comportamentos e as ações dos funcionários precisam ser analisados e levados em consideração, principalmente com assuntos relacionados à segurança do paciente dentro da instituição, fazendo com que se consiga identificar os pontos fortes e fracos, e as áreas que precisam de mais atenção para que assim se programe intervenções que sejam satisfatórias, a avaliação da cultura de segurança do paciente é apenas o primeiro passo com vistas à prestação de uma assistência segura (TONDO *et al.*, 2017).

### 3 METODOLOGIA

Este projeto surgiu, a partir de um macroprojeto que articulou ações de pesquisa e extensão, desenvolvido junto ao Curso de Graduação em Enfermagem da UFFS em parceria com serviços da rede de atenção a saúde do Oeste de Santa Catarina denominado “Segurança do paciente: construindo caminhos para a cultura de segurança”. Este programa fundamenta suas ações a partir das seis metas internacionais de segurança do paciente as quais foram trabalhadas em capacitações ao longo do ano com os profissionais, estudantes e professores da área da saúde, dentre as metas estão: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; Assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente correto; Higienizar as mãos para evitar infecções; reduzir o risco de quedas e lesão por pressão.

Em paralelo as ações de extensão, propôs-se o desenvolvimento de pesquisas que auxiliem no fortalecimento da segurança do paciente nos serviços da rede de atenção à saúde e nas escolas da área da saúde na região Oeste de Santa Catarina. Neste contexto, surgiu este trabalho de conclusão de curso, que tem como intuito avaliar o nível da cultura de segurança do paciente, sob a ótica de profissionais de saúde, em um hospital da Região Oeste de Santa Catarina.

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, que utiliza técnicas estatísticas para quantificar opiniões e informações para um determinado problema, sendo realizada para compreender e enfatizar o raciocínio lógico e todas as informações que se possam mensurar sobre as experiências humanas (SILVA *et al.*, 2014). Utilizou-se o desenho do tipo transversal, que estuda um grupo de pessoas e analisam dados coletados em um período de tempo definido (CRESWELL, 2010).

#### 3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em um Hospital de grande porte da Região Oeste de Santa Catarina. Atualmente possui 277 leitos que se dividem em 15 setores, que apresentam diversas especialidades. O mesmo é considerado referência em alta complexidade nas áreas de oncologia, quimioterapia, radioterapia através do CACON I, hospital amigo da criança, maternidade segura, gestante de alto risco, neurologia nível II, tratamento de AIDS, urgência emergência nível II, transplante renal e de córnea, acompanhamento após transplante, busca ativa de órgãos e ortopedia de ombro, mão, quadril, joelho e coluna.

O Hospital possui um núcleo de segurança do paciente (NSP), o qual trabalha no desenvolvimento de ações voltadas para a segurança dos pacientes neste serviço de saúde.

O NSP é interinstitucional e integra representantes de todos os setores, os assuntos pontuados no núcleo são discutidos em subgrupos de acordo com as seis metas para a segurança do paciente. O NSP tem um coordenador geral e um subcoordenador de cada subgrupo, o núcleo realiza reuniões mensais para discutir e definir as ações relacionadas à segurança do paciente na instituição, com a definição de protocolos para cada uma das metas internacionais de segurança do paciente, e ainda, possui um sistema manual de notificações de eventos adversos pelos profissionais da instituição.

O NSP é constituído por representantes da equipe de enfermagem, da farmácia, da higienização, da nutrição, da recepção, da administração, da gerência de enfermagem, além de representantes das escolas que fazem estágios na instituição.

### 3.3 POPULAÇÃO

A população do estudo foi composta por todos os profissionais que integram o quadro de colaboradores do hospital onde se realizou a presente pesquisa, que totalizam aproximadamente 900 colaboradores, sendo que destes, 299 participaram respondendo ao instrumento desta pesquisa, constituindo a amostra.

A amostra foi obtida por conveniência, ou seja, os indivíduos que participaram da primeira ação do programa de extensão foram convidados a responder o instrumento de coleta de dados antes do início da atividade. A ação de extensão foi

desenvolvida em vários horários nos diferentes turnos de trabalho da instituição (manhã, tarde e noite), sendo que a mesma foi divulgada com antecedência para todos os profissionais do hospital, realizando convite para participação.

Todos os profissionais que estavam participando das ações de extensão foram convidados para participar da pesquisa, considerando como critérios de inclusão: o profissional deveria estar trabalhando há no mínimo 03 meses na instituição, ter mais de 18 anos, ter uma carga horária mínima de 20 horas semanais. Foram excluídos da pesquisa os colaboradores que estavam afastados da instituição, por motivo de férias, licença ou outros, no período da coleta de dados.

### 3.4 COLETA DOS DADOS

A coleta foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS. O preenchimento foi realizado no local de trabalho, nas datas e horários em que aconteciam as capacitações, sendo no início da atividade disponibilizado o questionário aos profissionais presentes e fornecido um tempo para preenchimento, após o recolhimento dos questionários era iniciada a atividade educativa (Apêndice A). Destaca-se que as atividades foram desenvolvidas nos turnos da manhã, tarde e noite.

O período da coleta de dados foi entre os meses de maio a junho de 2018, e constituiu na aplicação do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HOSPSC) desenvolvido pela americana *Agency Healthcare Research and Quality* (AHRQ), em 2004, que foi traduzido e adaptado para o contexto brasileiro (REIS, 2013).

Os questionários foram autopreenchidos pelos colaboradores que aceitarem participar da pesquisa, o questionário é composto por 50 questões organizadas em seções que permitem a mensuração das múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente, por meio do questionamento da opinião dos respondentes sobre pontos chave relacionados à segurança do paciente, como valores, crenças e normas institucionais, relato de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão (REIS, 2013).

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Excel®. Para a análise e interpretação das dimensões da cultura de segurança, foi aplicada a metodologia proposta pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ).

Inicialmente os itens do instrumento HSOPSC foram avaliados por meio de uma escala Likert de cinco (5) pontos, com categorias de respostas em grau de concordância ou a partir de uma escala de frequência. A escala de Likert está descrita como: 1-Concordo fortemente, 2-Concordo levemente, 3-Não concordo nem discordo, 4-Não concordo levemente, e 5-Não concordo fortemente. Os itens respondidos com a escala de frequência de 5 pontos: '1-nunca, 2-raramente, 3-as vezes, 4-quase sempre, e 5-Sempre.

A metodologia inclui a combinação das duas categorias mais altas de resposta (Concordo fortemente / Concordo, e na maioria das vezes / sempre) para os itens redigidos positivamente e as duas categorias mais baixas de resposta (Discordo fortemente / Discordo e Nunca / raramente) para itens redigidos negativamente, também chamados de reversos.

A AHRQ (2014) apresenta definições importantes para subsidiar o tratamento e análise dos dados coletados sobre cultura de segurança do paciente, que são apresentados no quadro 1.

QUADRO 1 – Definições de termos segundo a AHRQ para análise da cultura de segurança do paciente em hospitais, versão brasileira.

| Item                                    | Definição  |
|---|--|
| Áreas de força (Bom nível de segurança) | Dimensões em que mais de 75% dos participantes responderam “Concordo Fortemente” / “Concordo” ou “Maior parte do tempo” / “Sempre”, para os itens redigidos positivamente (ou de forma positiva) e “Discordo fortemente” / “Discordo” ou “Nunca” / “Raramente”, para os itens redigidos negativamente (ou de forma negativa). O ponto de corte de 75% é arbitrário, e o hospital pode optar por destacar pontos fortes usando uma porcentagem de corte maior ou menor. |
| Áreas neutras                           | Áreas onde a frequência de respostas positivas é inferior a 75%.   |
| Áreas de melhoria                       | Questões em que 50% ou menos dos respondentes não responderam positivamente (usando “Discordo fortemente” /  |

|  |  |
|--|--|
|  | “Discordo” ou “Nunca” / “Raramente”) para questões afirmativas, ou usando “Concordo fortemente” / “Concordo” / “Sempre” na maioria das vezes para questões de escore reverso.  |
| Positivo / Neutro / Negativo                 | <p><b>Positivo:</b> porcentagem de respostas classificadas como 4 ou 5 (“Concordo” / “Concordo fortemente” ou “Na maioria das vezes” / “Sempre”) para as afirmações redigidas de forma positiva ou 1 ou 2 (“Discordo” / “Discordo totalmente”) para as afirmações redigidas de forma reversa.</p> <p><b>Neutro:</b> é o percentual de respostas classificadas como 3 (“Não concordo nem discordo”) para qualquer pergunta.</p> <p><b>Negativo:</b> é o percentual de respostas classificadas com 1 ou 2 (“Discordo fortemente” / “Discordo”) para perguntas formuladas positivamente ou em 4 ou 5 (“Concordo” / “Concordo fortemente” ou “Na maioria das vezes” / “Sempre”) para perguntas redigidas de forma reversa.</p> |
| Frequentemente Às vezes / Raramente ou Nunca | <p><b>Frequentemente:</b> porcentagem de respostas classificadas como 4 ou 5 (na maioria das vezes/sempre) para questões redigidas positivamente ou 1 ou 2 (raramente/nunca) para questões formuladas reversamente.</p> <p><b>Às vezes:</b> é a porcentagem de respostas classificadas de 3 (às vezes) por uma questão de frequência.</p> <p><b>Raramente ou Nunca:</b> é a porcentagem de respostas classificadas em 1 ou 2 (raramente/nunca) para perguntas formuladas positivamente ou 4 ou 5 (“Na maioria das vezes” / “Sempre”) para questões reversamente formuladas.</p>  |

Fonte: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) 2001.

A análise dos dados se dará por meio de estatística descritiva. Segundo a metodologia recomendada pela AHRQ, as instruções para os cálculos estatísticos são apresentados no quadro 2.

QUADRO 2 – Definições para cálculo estatístico de resultados.

|                    |   |
|--------------------|---|
| Taxas de respostas | Número de questionários que retornaram completos<br>Número de questionários distribuídos (–) inelegíveis  |
| Numerador          | Número de questionários que retornaram concluídos, devendo-se excluir pesquisas que foram devolvidas em branco em todos os itens não demográficos da pesquisa, mas incluem questionários que pelo menos um item não demográfico da pesquisa foi respondido. |

|  |  |
|--|--|
| Denominador  | Número total de questionários distribuídos menos os ilegíveis. Questionários ilegíveis incluem os indivíduos que não estavam no hospital durante o período de coleta de dados por motivos explicitados nos critérios de exclusão do estudo e aqueles que não completaram seis meses de trabalho na equipe.   |
| Valores percentuais positivos por variável                                     | No instrumento há questões redigidas positivamente (Ex.: “as pessoas se apoiam mutuamente nessa unidade”) e perguntas redigidas negativamente. O cálculo da porcentagem de resposta positiva de uma pergunta é diferente para as perguntas redigidas positivamente e negativamente.  |
| Perguntas redigidas positivamente  | Para perguntas redigidas de forma positiva, a porcentagem de resposta positiva consiste na porcentagem de profissionais que responderam “Concordo” ou “Concordo fortemente” ou “Na maioria das vezes” ou “Sempre”, em função da categoria de respostas utilizadas para a pergunta. Por exemplo, para a pergunta “as pessoas se apoiam mutuamente nessa unidade”, se 50% dos profissionais responderam “Concordo fortemente” e 25% “concordo” a porcentagem de resposta positiva a esta pergunta seria de $50\% + 25\% = 75\%$ .  |
| Perguntas redigidas negativamente  | A porcentagem de resposta positiva no caso de perguntas redigidas negativamente é obtida da porcentagem dos entrevistados que responderam “Discordo fortemente” ou “Discordo” ou “Raramente” ou “Nunca”, isto porque, uma resposta negativa a uma pergunta formulada negativamente indica uma resposta positiva. Por exemplo, para a pergunta “nós temos problemas de segurança do paciente nesta unidade”, se 60% dos profissionais responderem que discordam totalmente e 20% que discordam, a porcentagem de resposta positiva seria de 80% positivo, ou seja, 80% dos entrevistados não acreditam que têm problemas de segurança do paciente na unidade. |
| Cálculo dos valores percentuais positivos por dimensão da cultura de segurança | Cada uma das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente inclui 3 ou 4 questões do instrumento de coleta de dados. O percentual positivo de determinada dimensão da cultura de segurança do paciente é obtido pela média da porcentagem das respostas positivas de cada pergunta. Por exemplo, para uma dimensão que possui 3 perguntas, se o percentual de respostas positivas às perguntas for de 50%, 55% e 60%, a porcentagem de respostas positivas para esta dimensão seria a média desses três percentuais, ou seja, 55% positivo.   |

Fonte: Reis, 2013.

### 3.6 INSTRUMENTO DE COLETA

O instrumento utilizado para a coleta foi o questionário HSOPSC adaptado à realidade brasileira. Ele contém 42 questões, considerando doze (12) dimensões da cultura de segurança, sendo três (3) relacionadas ao hospital, sete (7) à unidade de trabalho dos profissionais e duas (2) variáveis de resultado (SORRA, NIEVA, 2004), conforme tabela 3.

As 42 questões relativas à CSP foram construídas baseadas em uma escala tipo likert de 5 alternativas: discordo totalmente; discordo; nem concordo nem discordo; concordo; concordo totalmente; ou nunca; quase nunca; às vezes; quase sempre; e sempre. O questionário ainda contém uma pergunta de qualificação global do nível de segurança do paciente e uma questão sobre o número de incidentes de segurança notificados no último ano. O instrumento possui itens construídos positivamente, ou seja, a resposta concordante a estes é positiva para a cultura de segurança, bem como itens escritos negativamente, cujas respostas discordantes são igualmente positivas para cultura de segurança.

QUADRO 3 – Definição das doze dimensões do instrumento de avaliação da cultura do paciente em hospitais, versão brasileira.

| <b>Dimensões</b>   | <b>Definição</b>   |
|--|--|
| 1. Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/ gerentes. | Avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos colaboradores para melhoria da segurança do paciente; reconhecimento da participação dos colaboradores para procedimentos de melhoria de segurança do paciente. |
| 2. Aprendizado organizacional e melhoria contínua.                           | Avalia a existência do aprendizado a partir de erros que levam a mudanças positivas e avalia a efetividade das mudanças ocorridas.   |
| 3. Trabalho em equipe dentro das unidades.                                   | Define se os colaboradores apoiam uns aos outros, tratam-se com respeito e trabalham juntos como uma equipe.   |
| 4. Abertura da comunicação.  | Avalia se os colaboradores do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem livres para questionar os colaboradores com maior autoridade.   |
| 5. Retorno das informações e da comunicação sobre erro.                      | Avalia a percepção dos colaboradores no hospital, se eles notificam erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias para evitar erros no futuro.   |

| <b>Dimensões</b>   | <b>Definição</b>  |
|--|---|
| 6. Respostas não punitiva ao erro.                         | Avalia como os colaboradores se sentem com relação aos seus erros, se eles pensam que os erros cometidos por eles possam ser usados contra eles e mantidos em suas fichas funcionais. |
| 7. Adequação de profissionais.                             | Avalia se os colaboradores são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.                   |
| 8. Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente.  | Avalia se a administração e gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é prioritária.              |
| 9. Trabalho em equipe entre unidades.                      | Avalia se as unidades do hospital cooperam e coordenam-se entre si para promover um cuidado de alta qualidade para os pacientes.  |
| 10. Passagem de plantão / turno e transferências internas. | Avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes é transferida através das unidades do hospital e durante as mudanças de plantão / turno.                              |
| 11. Percepção geral da segurança do paciente.              | Avalia os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros e a ausência de problemas de segurança do paciente.                           |
| 12. Frequência de eventos notificados.                     | Relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetem o paciente.              |

Fonte: Reis (2013).

QUADRO 4-Descrição das perguntas que englobam cada uma das doze dimensões do instrumento de avaliação da cultura do paciente em hospitais, versão brasileira.

| <b>DIMENSÃO</b>  | <b>QUESTÕES</b>   |
|--|---|
| 1 - Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores / gerentes. | <p>B1 - O meu supervisor / chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.</p> <p>B2 - O meu supervisor / chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.</p> <p>B3* - Sempre que a pressão aumenta meu supervisor / chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.</p> <p>B4* - O meu supervisor / chefe não dá atenção</p> |

|   |   |
|---|---|
|   | <p>suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.</p>   |
| <p>2-Aprendizado organizacional e melhoria contínua.</p>      | <p>A6 - Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.</p> <p>A9 - Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.</p> <p>A13 - Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.</p>   |
| <p>3-Trabalho em equipe dentro das unidades.</p>              | <p>A1 - Nesta Unidade, as pessoas apoiam umas às outras.</p> <p>A3 - Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.</p> <p>A4 - Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito.</p> <p>A11 - Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam.</p>                           |
| <p>4-Abertura da comunicação.</p>                             | <p>C2 - Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.</p> <p>C4 - Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.</p> <p>C6* - Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.</p> |
| <p>5-Retorno das informações e da comunicação sobre erro.</p> | <p>C1 - Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos, erros ou falhas.</p> <p>C3 - Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.</p> <p>C5 - Nesta unidade / área, discutimos meio de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.</p>  |
| <p>6- Respostas não punitivas ao erro.</p>                    | <p>A8* - Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles.</p> <p>A12* - Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.</p> <p>A16* - Os profissionais se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais.</p>                       |

|  |   |
|--|---|
| 7- Adequação de profissionais.                             | <p>A2 - Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho.</p> <p>A5* - Nesta unid. Os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.</p> <p>A7* - Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.</p> <p>A14* - Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido.</p>                                    |
| 8- Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente.  | <p>F1 - A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.</p> <p>F8 - As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade.</p> <p>F9* - A direção do hospital só parece estar interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.</p>   |
| 9- Trabalho em equipe entre unidades.                      | <p>F2* - As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.</p> <p>F4 - Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.</p> <p>F6* - Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital.</p> <p>F10 - As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.</p>                    |
| 10- Passagem de plantão / turno e transferências internas. | <p>F3 - O processo de cuidado é compreendido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.</p> <p>F5* - É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.</p> <p>F7* - Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.</p> <p>F11* - Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.</p> |
|  | <p>A10* - É apenas por acaso, que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui.</p> <p>A15 - A segurança do paciente jamais é comprometida</p>   |

|   |  |
|---|--|
| 11- Percepção geral da segurança do paciente. | <p>em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.</p> <p>A17* - Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.</p> <p>A18 - Os nossos procedimentos/sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.</p>   |
| 12- Frequência de eventos notificados.        | <p>D1 - Quando ocorre um erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?</p> <p>D2 - Quando ocorre o erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?</p> <p>D3 - Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?</p> |

Fonte: REIS, 2013.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho foi elaborado observando os aspectos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº466/2012. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEPSH/UFFS), CAAE é 85960518.0.0000.5564 (Anexo A).

A instituição foi previamente consultada e demonstrou interesse no desenvolvimento desta pesquisa.

Após a aprovação do CEPSH realizamos contato com os profissionais de saúde da instituição para apresentar o objetivo da pesquisa e agendar o horário para realizar a coleta de dados.

Antes da aplicação do questionário, foi disponibilizado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme apêndice B, que informa sobre o teor da pesquisa, bem como protege o pesquisador e os participantes, assegurando o anonimato dos participantes, atendendo às solicitações da Resolução nº 466/12 CNS.

Os participantes foram informados que sua participação seria voluntária, ou seja, sem envolvimento de qualquer tipo de remuneração ou recompensa, sendo esclarecidos também que podem retirar o seu consentimento para participar da

pesquisa a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo, dano ou sanção, bastando para isto entrar em contato com os pesquisadores por meio dos contatos fornecidos no TCLE.

Para garantirmos o anonimato dos participantes, assim como manter o sigilo de suas respostas utilizou-se a estratégia de atribuir codinomes aos mesmos, por meio de letras e números escolhidos aleatoriamente.

Durante a coleta de dados, todos os questionários e TCLE foram armazenados em pastas que ficaram constantemente com os pesquisadores, os quais não disponibilizaram qualquer tipo de informação para pessoas que não faziam parte da equipe de pesquisa. Todo o material decorrente da coleta de dados permanece sob responsabilidade do pesquisador responsável pela pesquisa.

### 3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS

O colaborador será avisado que poderá surgir desconforto em responder alguma questão, porém o processo se caracteriza como atividade de reflexão, pois fará o mesmo refletir sobre seu comportamento perante a segurança do paciente e isso poderia fazê-lo adotar estratégias mais seguras.

Os riscos para os participantes da pesquisa são pequenos e estão associados à invasão de privacidade das respostas, divulgação de dados confidenciais como CPF, RG e nome. Para atenuar esses riscos, os pesquisadores comprometeram-se a seguir a Resolução 466/2012 do CNS, garantindo respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos dos indivíduos, tomando cuidado para não interferir na rotina do serviço.

Ao participante é permitido retirar o consentimento a qualquer momento sem precisar elencar motivos para isso, basta apenas informar sua decisão ao pesquisador, em caso de dúvida é possível contatar os pesquisadores através de e-mail ou telefone, registrados junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como benefício enfatizamos a contribuição para a reflexão de como está à cultura de segurança do paciente na instituição de saúde, permitindo o desenvolvimento de caminhos para a melhoria da segurança dos pacientes na instituição que impactará diretamente na qualidade da assistência oferecida aos

pacientes e segurança nos processos de trabalhos desenvolvidos pelos profissionais de saúde.

### 3.9 DEVOLUÇÃO DOS DADOS

A apresentação dos achados será realizada por meio de relatório de pesquisa, bem como, apresentação e discussão do mesmo com o NSP do serviço de saúde e divulgação para todos os participantes da pesquisa por meio da exposição de pôster com os resultados na área de entrada dos colaboradores na instituição.

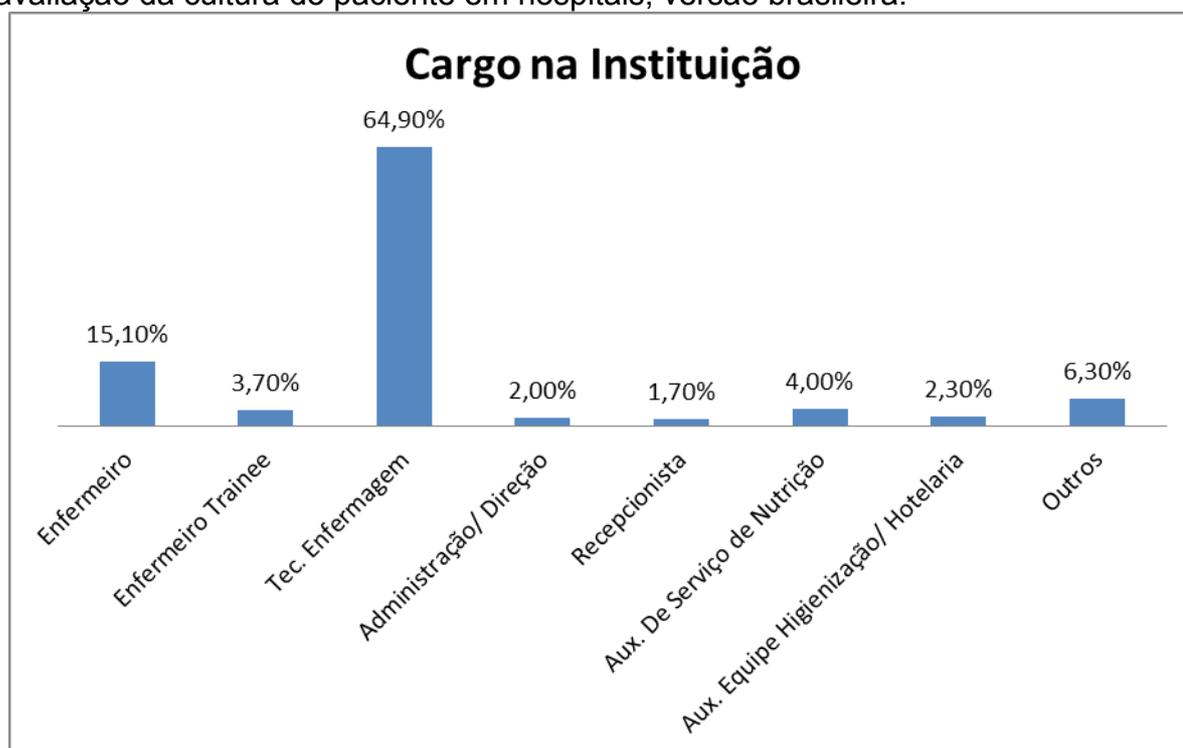
## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 299 profissionais. Inicialmente serão apresentados os dados relacionados à caracterização dos sujeitos, seguidos dos dados sobre a cultura de segurança do paciente.

Dentre os participantes houve predomínio de profissionais da equipe de enfermagem, contando ainda com a presença de representantes dos diversos setores do hospital, conforme o Gráfico 1.

GRÁFICO 1 - Profissão dos participantes que responderam o instrumento de avaliação da cultura do paciente em hospitais, versão brasileira.

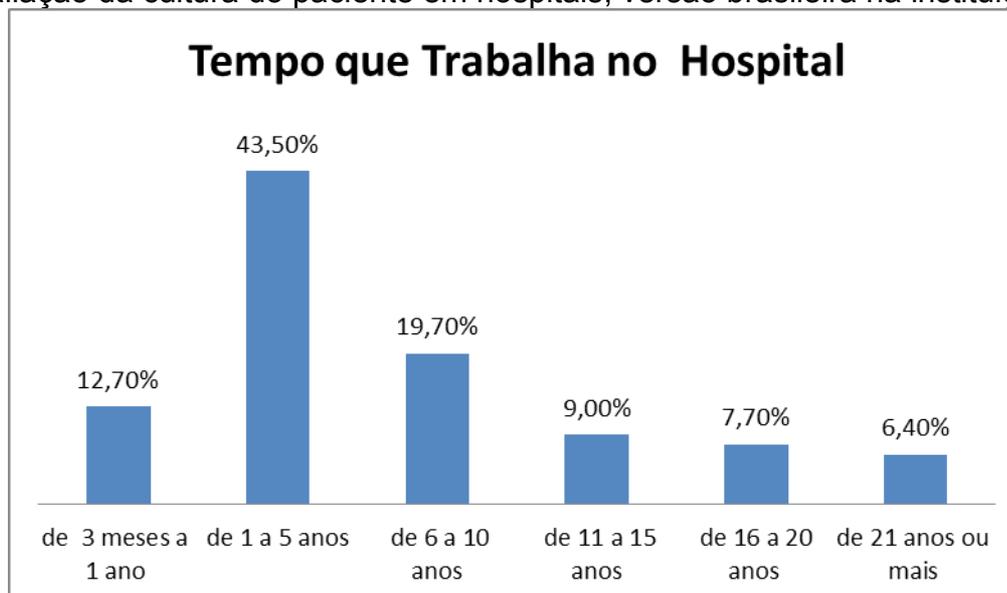


Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Destaca-se que no item outros, houve profissionais das categorias: auxiliar de Enfermagem, Nutricionista, Assistente Social, Auxiliar de Farmácia e Seguranças. Dentre os participantes, 93,60% exercem atividades em que há contato direto com os pacientes.

Observa-se no gráfico 2, que a maioria dos participantes atua na instituição por um período de 1 a 5 anos.

GRÁFICO 2 - Tempo de trabalho dos profissionais que responderam o instrumento de avaliação da cultura do paciente em hospitais, versão brasileira na instituição.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

No gráfico 3, são apresentados os setores que os participantes atuam na instituição. Destaca-se que no item outros, houve representantes da: pediatria, psiquiatria, farmácia, laboratório, radiologia/ centro de diagnóstico, anestesiologia, agência transfusional, equipe higienização/hotelaria, radioterapia, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica, Centro de Material Esterilização.

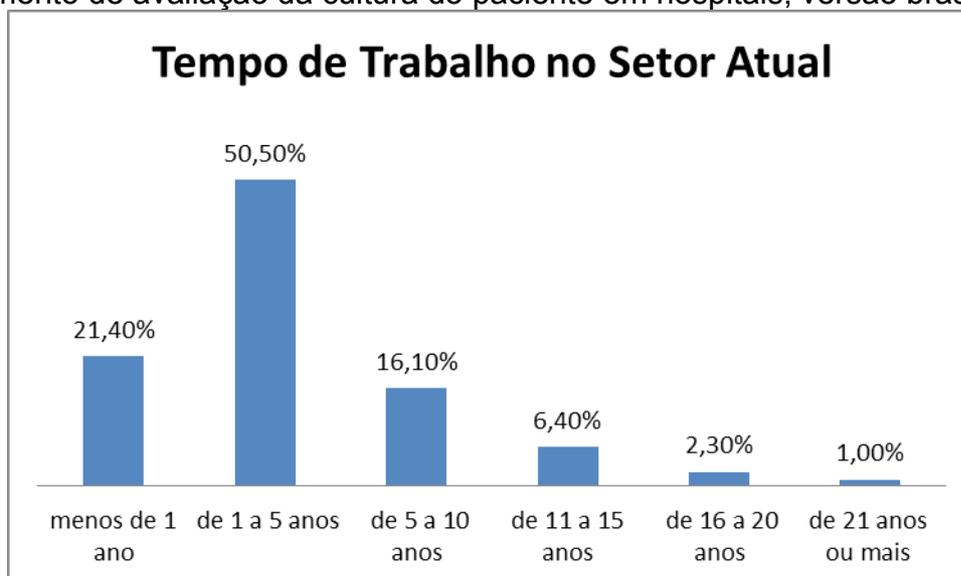
GRÁFICO 3- Setor em que os profissionais atuam de acordo com as respostas no instrumento de avaliação da cultura do paciente em hospitais, versão brasileira.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Com relação ao tempo de atuação do participante no setor que o mesmo estava trabalhando no momento da coleta de dados, observa-se que a maioria dos profissionais estavam por período de 1 a 5 anos, conforme o gráfico 4.

GRÁFICO 4 - Tempo de trabalho no setor atual de cada profissional que respondeu o instrumento de avaliação da cultura do paciente em hospitais, versão brasileira.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Relacionado a carga horária de trabalho dos participantes na instituição, verificou-se que cerca de 82% dos profissionais trabalhavam de 40 horas à 59 horas por semana, 9% trabalhavam de 20 horas à 39 horas por semana, 2% trabalhavam de 60 horas à 79 horas por semana, menos de 1% trabalhavam 100 horas ou mais e 5% dos participantes não souberam ou não responderam o item. Os participantes que trabalhavam 20 horas por semana ou menos foram excluídos da pesquisa respeitando o critério de exclusão disposto no item 3.3.

#### 4.2 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.

Os dados relacionados à cultura de segurança do paciente serão apresentados a partir dos resultados obtidos em cada uma das dimensões analisadas.

Resultados superiores a 75% são considerados positivos, resultados que variam entre 75% e 50% são considerados como área neutra, respostas positivas abaixo de 50% são considerados como negativas, o que indica fragilidade no processo de trabalho.

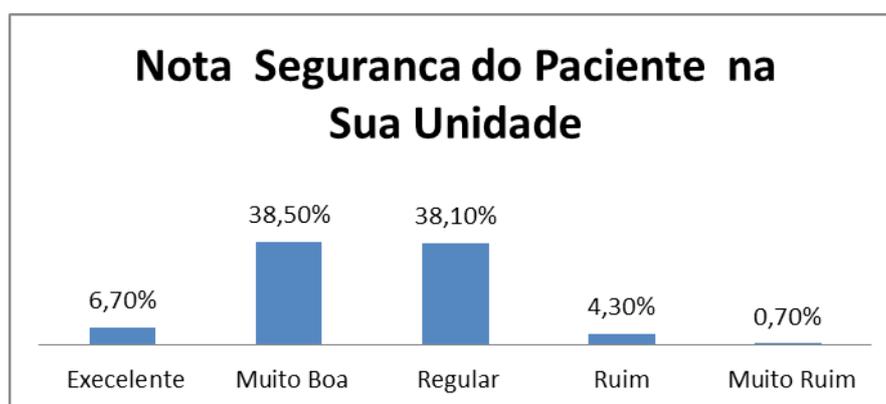
TABELA 1- Resultado separado por dimensões.

| Dimensões   | Positivo | Neutro | Negativo |
|---|----------|--------|----------|
| Dimensão 1  |          |        |          |
| Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/ gerentes. | 58%      | 22%    | 20%      |
| Dimensão 2  |          |        |          |
| Aprendizado organizacional e melhoria contínua.                           | 66%      | 21%    | 14%      |
| Dimensão 3  |          |        |          |
| Trabalho em equipe dentro das unidades.                                   | 59%      | 19%    | 22%      |
| Dimensão 4  |          |        |          |
| Abertura da comunicação.  | 48%      | 21%    | 31%      |
| Dimensão 5  |          |        |          |
| Retorno das informações e da comunicação sobre erro.                      | 60%      | 18%    | 21%      |
| Dimensão 6  |          |        |          |
| Respostas não punitiva ao erro.   | 16%      | 19%    | 65%      |
| Dimensão 7  |          |        |          |
| Adequação de profissionais.   | 34%      | 24%    | 42%      |
| Dimensão 8  |          |        |          |
| Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente.                    | 40%      | 34%    | 25%      |
| Dimensão 9  |          |        |          |
| Trabalho em equipe entre unidades.  | 36%      | 33%    | 31%      |
| Dimensão 10   |          |        |          |
| Passagem de plantão / turno e transferências internas.                    | 44%      | 26%    | 30%      |
| Dimensão 11   |          |        |          |
| Percepção geral da segurança do paciente.                                 | 41%      | 24%    | 35%      |
| Dimensão 12   |          |        |          |
| Frequência de eventos notificados   | 53%      | 27%    | 19%      |
|   | Positivo | Neutro | Negativo |
| Índice geral de todas as dimensões  | 46%      | 24%    | 30%      |

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Com relação nota de segurança do paciente na sua unidade, observa-se que a maioria dos profissionais a elencou como muito boa, conforme o gráfico 5.

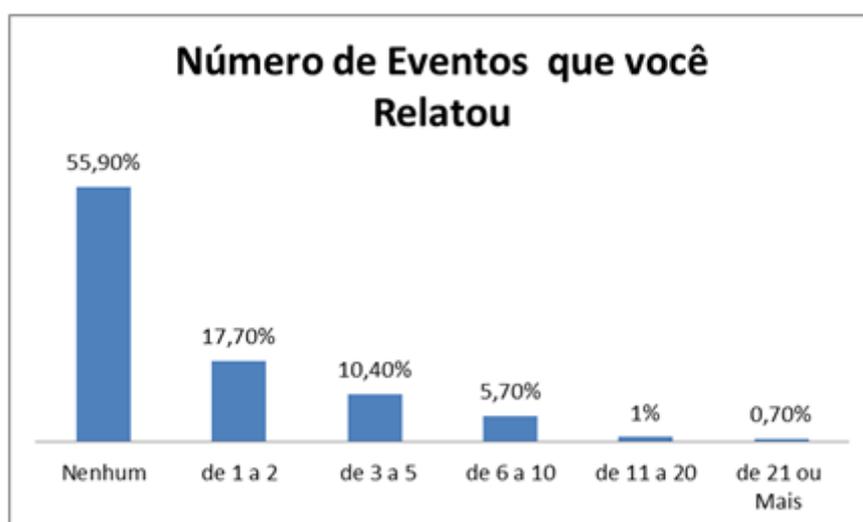
GRÁFICO 5 - Nota de segurança do paciente na sua unidade.



Elaborado pela autora, 2019.

Nota-se que quando questionados sobre o número de notificações de eventos adversos preenchidos e apresentados nos últimos 12 meses, a grande maioria das respostas se concentrou em nenhuma notificação, conforme apresentado no gráfico 6.

GRÁFICO 6 - Número de eventos que cada profissional relatou durante os últimos 12 meses.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

## 5 DISCUSSÃO

A partir dos resultados verifica-se que o clima de segurança varia com relação a cada dimensão analisada, oscilando entre 16% e 66% quando observado o índice de respostas positivas. Nenhuma dimensão atingiu valor igual ou superior a 75%, que seria considerado como área forte para a cultura de segurança do paciente. Às dimensões onde os índices ficaram entre 50% e 75% são consideradas áreas neutras para a cultura de segurança, já as dimensões onde a avaliação foi inferior a 50% demonstra uma cultura de segurança frágil (REIS, 2013).

A pesquisa contou com a participação de 299 colaboradores de diversos setores da instituição, representando aproximadamente 30% do total de colaboradores do hospital. A maioria dos participantes foram técnicos de enfermagem (64,90%), visto que esse número reflete a elevada presença desses profissionais dentro da instituição. Estudos destacam que os profissionais que tiveram maior participação nesse tipo de pesquisa foram os técnicos de enfermagem, sendo que isso está diretamente relacionada com a característica do corpo de enfermagem das instituições comporem a maior categoria profissional nestes locais (COSTA *et al.*, 2018; CARVALHO *et al.*, 2017).

Destaca-se que para fortalecer a cultura de segurança do paciente de uma instituição, é necessário envolver todos os setores e profissionais da instituição, tendo em vista que a cultura de segurança está vinculada com o envolvimento e a compreensão de todos, para que assim identifiquem sua função para com a segurança do paciente (CARVALHO *et al.*, 2019).

Observou-se que 43% dos participantes trabalhavam na instituição de 1 a 5 anos, alguns estudos enfatizam que a pouca experiência dentro da instituição pode contribuir gerando prejuízos para a segurança do paciente, tendo em vista que alguns eventos adversos ocorrem com mais frequência quando se tem profissionais que estão atuando na instituição a um curto intervalo de tempo, principalmente dentro do período de adaptação no trabalho que é de 6 meses, observa-se também que os profissionais que estão a um longo tempo na instituição tem uma visão mais ampla e percebem melhor as situações que podem vir a acarretar prejuízo ao paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2014; TOMAZONI *et al.*, 2014; KOLANKIEWICZ *et al.*, 2017; REIS, 2013).

Com relação ao tempo de atuação dos profissionais nos setores em que eles estavam trabalhando no momento da pesquisa, verificou-se que 51% dos participantes estava atuando no setor de 1 a 5 anos, e 21% estava no setor a menos de 1 ano. Destaca-se que o tempo de atuação nesse setor necessariamente não condiz com o tempo de trabalho do profissional na instituição. Foi identificado que não há um vínculo temporal longo dos profissionais no setor, considerando que o período de 1 a 5 anos de trabalho constitui um curto espaço de tempo (SILVA, M. *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2014), segundo estudos isso pode vir a acarretar problemas com relação à segurança do paciente, visto que quanto menor o tempo de atuação do profissional no setor, maior o risco de ocorrer eventos que causem prejuízo ao paciente, e isso acaba influenciando de forma negativa a segurança do paciente sendo que cada setor tem suas particularidades, em alguns é preciso ter cuidados por muitas vezes diferentes dos demais locais (MARTINS *et al.*, 2019; CARVALHO *et al.*, 2019).

Uma rotatividade de profissionais por variados setores em um curto intervalo de tempo causa prejuízo no trabalho fazendo com que o funcionário precise se adaptar a diversificados métodos de trabalho existentes dentro de cada setor distinto na instituição (MARTINS *et al.*, 2019; CARVALHO *et al.*, 2019). Um estudo consideram este curto intervalo de tempo um período menor de 5 anos no setor (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Cerca de 82% dos profissionais trabalhavam de 40 horas à 59 horas por semana, estudos mostram que uma longa jornada de trabalho causa exaustão, o que pode influenciar diretamente na segurança do paciente, além de comprometer o trabalho realizado (MAGALHAES *et al.*, 2013; SARTOR *et al.*, 2016; CARVALHO *et al.*, 2019). Haja vista que ao final do dia os profissionais se encontram cansados e mais suscetíveis a cometer erros, 34% dos profissionais na dimensão 7 responderam positivamente, caracterizando zona negativa para segurança do paciente, essa dimensão, diz respeito a adequação de profissionais, considerando a suficiência do número de profissionais para desenvolver o trabalho e se isso faz com que se trabalhe de forma mais rápida, fazendo mais tarefas que as preconizadas para cada um, o que pode favorecer a ocorrência de erros.

A carga horária exaustiva pode vir a acarretar diversos problemas para a segurança do paciente (DALRI *et al.*, 2014), ainda, se associado à falta de mão de obra qualificada faz com que ocorra um aumento de trabalho para os profissionais.

Um estudo relata que isso tem forte influência para a segurança do paciente e em muitos casos os erros ocorrem em decorrência da exaustão e sobrecarga de trabalho (CARLES *et al.*, 2017). Existe ainda a correlação da sobrecarga de trabalho dos profissionais com o número de notificações realizadas, reduzindo o número de notificações registradas pelos profissionais de saúde (FAGERSTROM *et al.*, 2017).

Observou-se que 55% dos profissionais não relatou nenhum evento adverso no período de 12 meses. Isso se torna preocupante, pois, sabe-se que durante a internação de um paciente o mesmo é exposto a diversas situações de risco, estima-se que em média 10% dos pacientes internados sofra algum evento adverso durante uma internação hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014), com isto pode-se afirmar que todos os profissionais deveriam ter realizado notificações de eventos adversos ou incidentes nos últimos meses, assim precisa-se analisar o real motivo de não se estar notificando os eventos que ocorrem. Deve-se deixar claro para os profissionais que as notificações vêm justamente para que a instituição tenha conhecimento de quais elementos devem ser aprimorados e quais processos de trabalho precisam ser revisados ou reestruturados para reduzir o risco de erros (DUARTE *et al.*, 2015; SARTOR *et al.*, 2016).

Estudos mostram que a falta de notificação pode ocorrer por diversos fatores, os principais motivos que levam a não notificação ou a subnotificação nos serviços de saúde são medo de punições, falta de compreensão, relutância em declarar seu próprio erro, falta de mudanças após a notificação. Além disso, acredita-se que este achado pode estar relacionado à falta de conhecimento dos profissionais de como realizar a notificação, ou ainda, pelo medo de ter alguma punição a partir da notificação do evento, este dado vem ao encontro das respostas à dimensão 06 (SILVA, A. *et al.*, 2016; DUARTE *et al.*, 2015; LORENZINI *et al.*, 2014).

A dimensão 06, que verificou informações no que se refere à resposta punitiva ao erro observou-se que o número de participantes que respondeu que não há uma punição ao erro é de 16%, destaca-se que este índice caracteriza uma zona negativa para segurança do paciente, mostrando a necessidade da instituição trabalhar mais essa área para desenvolver este tema de forma a conscientizar a real importância do mesmo, enfatizando que não se tem o intuito de punir e alterando a cultura institucional quanto a punição relacionada a notificação de incidentes. Este dado pode ter grande influência no número de notificações realizadas, pois, os

funcionários acabam ficando receosos em notificar o caso (SILVA, A. *et al.*, 2016; ANVISA 2017; LORENZINI *et al.*, 2014). Outro ponto que pode influenciar o número de notificações é o tempo de trabalho no setor, onde estudos afirmam que quanto maior o tempo de atuação do profissional no setor menos notificações ele realiza (TOMAZONI *et al.*, 2014).

As subnotificações nas instituições de saúde ocorrem com frequência, onde os funcionários identificam os erros ocorridos, porém não os notificam isso faz com que não se consiga trabalhar o evento de forma a conscientizar os funcionários sobre a maneira correta de fazer determinados cuidados o que traz prejuízos tanto para a equipe, para a instituição e para o paciente (SILVA, A. *et al.*, 2016).

Para se mudar este cenário as instituições, assim como os colaboradores devem entender que as notificações não devem ser utilizadas como forma de punição, é necessário preconizar que o erro deve ser visto como uma forma de aprendizado, uma oportunidade de melhoria, pois, a partir da notificação se trabalhará estratégias e formas que melhorem a segurança do paciente fazendo com que aquele evento adverso não ocorra novamente (OLIVEIRA *et al.*, 2014; COSTA *et al.*, 2018; SILVA, A. *et al.*, 2016). O uso das notificações deve servir para desenvolver processos de trabalho voltados para a melhoria na qualidade da assistência prestada, o fato de não ter punição não quer dizer que não será trabalhado formas de minimizar o número de erros ou que será negligenciado o cuidado, os funcionários devem trabalhar de forma vigilante (ROMERO *et al.*, 2018; PAIVA *et al.*, 2014).

Na dimensão 12 (frequência de eventos notificados) que relaciona os possíveis problemas de segurança e de eventos adversos e erros percebidos antes de chegar ao paciente, obteve-se um percentual de 53% de respostas positivas, o que caracteriza zona neutra de segurança do paciente. Os participantes elencaram que os erros são percebidos e corrigidos antes de afetar o paciente, porém em muitas ocasiões são subnotificados, isto se torna evidente quando analisado o número de notificações realizadas no período de um ano (gráfico 06). Um estudo relaciona o baixo número de notificações com a cultura culpabilizadora, onde na visão de algumas pessoas os profissionais competentes não realizam nenhum tipo de erro, sendo assim os profissionais acabam subnotificando os eventos e tentam resolver o mesmo sem comunicar o fato ocorrido (ROMERO *et al.*, 2018; PAIVA *et al.*, 2014).

Com relação à dimensão 01 que considera as expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes, obteve-se 58% de respostas positivas, o que caracteriza a zona neutra de segurança do paciente, ou seja, os profissionais percebem que seus superiores estão abertos para promover ações de melhoria na segurança do paciente, mas ainda é uma área que precisa ser fortalecida na instituição. Além disso, o líder estar aberto para escutar as sugestões que os colaboradores do setor trazem para a melhoria da segurança do paciente, faz com que o trabalho se torne mais agradável e colaborativo (REIS, 2013).

Quando questionados com relação ao apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente (Dimensão 8), o índice de resposta positiva foi de 40%, caracterizando zona negativa para a cultura de segurança do paciente. Com isso, verifica-se que os profissionais têm dificuldade em observar as ações dos gestores para com a segurança do paciente (REIS, 2013).

Os gestores possuem um papel fundamental na cultura de segurança do paciente de uma instituição, e a partir do momento que demonstram interesse no assunto, acabam incentivando toda a equipe, pois quando os funcionários observam que seus gestores se preocupam e estão trabalhando para melhorar a cultura de segurança acabam trabalhando lado a lado, priorizando os cuidados visando a segurança do paciente. Existem pesquisas que demonstram que um dos maiores problemas com relação à segurança do paciente dentro das instituições está relacionado com a gestão e não com os profissionais (OLIVEIRA *et al.*, 2014; COSTA *et al.*, 2018).

Além disso, sabe-se que o planejamento estratégico de uma instituição que é desenvolvido pela equipe de gestores é fundamental para definir os objetivos e os caminhos que o serviço de saúde seguirá, sendo que estas decisões influenciam diretamente no incentivo institucional à segurança do paciente e conseqüentemente na cultura de segurança (REIS *et al.*, 2013; MINUZZI *et al.*, 2016).

Na dimensão 3 (trabalho em equipe), verificou-se 59% de respostas positivas, os participantes elencaram que há apoio dos funcionários entre si dentro dos setores e o tratamento entre os mesmos é realizado de forma respeitosa e colaborativa, este índice caracteriza zona neutra de segurança do paciente. Isso reflete também a cultura institucional de trabalho onde precisa-se desenvolver estratégias de trabalho para uma comunicação assertiva, os profissionais precisam se conscientizar que a

combinação de diversos conhecimentos e percepções ajuda a obter uma compreensão do caso tendo mais sucesso no atendimento prestado (REIS, 2013).

O clima organizacional tem forte influência sobre diversos aspectos, e pode ser observado analisando a satisfação dos membros da instituição coletando informações relevantes de experiências adquiridas que influenciam no trabalho prestado, quando o clima organizacional incentiva o trabalho em equipe e tem isso como uma prioridade os profissionais aderem a esse método de trabalho (SANTIAGO *et al.*, 2015).

Um dos fatores que pode prejudicar o trabalho e a comunicação dentro da equipe é as diversas formações dos funcionários, onde cada um teve um método de ensino diferente, além das diferenças hierárquicas que também contribuem para o prejuízo na comunicação, pois, em alguns casos se deixa de questionar ou alertar os colegas em determinadas situações pois, os mesmos têm um cargo superior (NOGUEIRA *et al.*, 2015; TOMAZONI *et al.*, 2014).

Quando se trata de trabalho em equipe entre as unidades (dimensão 9), observa-se que o índice de respostas positivas foi de 36%, caracterizando uma zona negativa para a cultura de segurança do paciente, destacando que a maioria dos profissionais identificam problemas neste processo, reconhecendo que há problemas que dificultam o momento em que as unidades precisam trabalhar de modo colaborativo para promover os cuidados ao paciente. Essa dificuldade em trabalhar com profissionais de outras equipes pode ser pelo fato dos profissionais não se comunicarem de forma adequada e não terem contato entre si para conversar e trocar experiências, essa falta de interação entre os profissionais acarreta grandes prejuízos, sendo que o trabalho entre equipes é um fator importante para reduzir a taxa de erros e aumentar a segurança do paciente (LEMOS *et al.*, 2018).

Analisando as dimensões 3 e 9 em conjunto percebe-se que os colaboradores elencam que trabalhar com sua equipe se torna mais fácil do que se trabalhar com equipes de outros setores, isso se dá pelo fato dos colaboradores acabam se fechando em seu núcleo de trabalho, um estudo (SOUZA *et al.*, 2016), afirma que quando se consegue trabalhar em conjunto com outras equipes se tem grande influência para minimizar a sobrecarga de trabalho. Todos devem trabalhar juntos para alcançar as metas e prestar uma assistência segura, quando as unidades não

conseguem trabalhar de forma conjunta podem ocorrer erros de comunicação que eventualmente causam danos à segurança do paciente (BOHRER *et al.*, 2016).

Em relação à passagem de plantão (dimensão 10) que avalia como a informação é passada durante a troca de plantão, perda e troca de informações, o índice de resposta positiva foi de 44%, caracterizando zona negativa para a cultura de segurança do paciente. Quando se trata em passar informações durante a troca de plantão é necessário ter um trabalho articulado visando o bom funcionamento da comunicação neste processo, são muitas as informações que se perdem durante uma troca de plantão, estudos (REIS, 2013; NOGUEIRA *et al.*, 2015; BOHRER *et al.*, 2016), afirmam que isso ocorre em decorrência da falha de comunicação, interrupções e ruídos durante a troca de informações, esquecimento devido à quantidade excessiva de informações, conversas paralelas, atrasos. A comunicação é primordial na troca de plantão, quando há falha na comunicação os profissionais, ocorrem dificuldades em compreender as informações passadas sendo uma das principais causas de erros (GONÇALVES *et al.*, 2017; BIASIBETTIA *et al.*, 2019).

Observa-se na dimensão 4 (Abertura da comunicação) que a resposta positiva foi de 48%, o que por sua vez se caracteriza como zona negativa para a cultura de segurança, com isso percebe-se que os funcionários ainda têm receio em questionar os seus superiores e de falar sobre os erros que ocorrem na unidade. Isso ainda pode estar relacionado com a resposta não punitiva ao erro que é uma grande fragilidade dentro desta instituição. O método de hierarquização dentro das organizações faz com que os funcionários não se sintam confiantes e à vontade para relatar, notificar e conversar sobre os assuntos importantes, pois, tem em mente que se fizerem isso poderão ser vistos de forma diferente e até mesmo receber alguma punição pelo ato (LEMOS *et al.*, 2018).

Na dimensão 2 que diz respeito ao aprendizado organizacional e melhoria contínua, o índice de resposta positiva foi de 66%, há o aprendizado a partir do erro cometido este índice caracteriza zona neutra para segurança do paciente, ou seja, a equipe consegue identificar momentos em que ocorre o erro e aprender com o mesmo e a partir daí se implementam mudanças para diminuir as falhas e melhorar a segurança do paciente, mas ainda é necessário desenvolver esta área. Este dado contrapõe o achado na dimensão 06, com relação à percepção dos profissionais a resposta punitiva ao erro (REIS, 2013). Com isso se pode inferir que ocorrem mudanças e melhorias sem que a notificação tenha sido registrada junto ao NSP, ou

ainda, não estão identificando os erros que ocorrem, segundo alguns estudos muitos profissionais não notificam o fato, pois não sabem identificar o mesmo quando ocorre e quando identificam acabam realizando um comunicado verbalmente sem realizar a notificação no papel (MINUZZI *et al.*, 2016; SIMAN *et al.*, 2017).

Quando se tem uma cultura organizacional e se trabalha o erro visando à melhoria, saindo da cultura punitiva e focando na aprendizagem se encoraja os funcionários, isso pode interferir significativamente no número de notificações realizadas, pois quando se tem um processo de notificação completo, com apoio da instituição, de seus gestores e se trabalha os fatos ocorridos os funcionários tendem a perceber a importância da notificação dos casos que presenciam (CARVALHO *et al.*, 2019).

Quando se trata do retorno das informações e da comunicação sobre o erro (dimensão 5) 60% das respostas nesta dimensão foram positivas, caracterizando zona neutra para a cultura de segurança do paciente. Os profissionais afirmam que ocorre uma devolutiva dos eventos/ erros que ocorreram no setor, e também, há discussão de estratégias e mudanças para que esse erro não ocorra novamente (REIS, 2013). Estudos (SIMAN *et al.*, 2017; FERREZIN *et al.*, 2017; MARINHO *et al.*, 2018), sobre as devolutivas das notificações para os funcionários mostram que quando a instituição toma medidas e faz mudanças de acordo com as informações colhidas nas notificações, os funcionários tendem a notificar mais os incidentes e eventos que presenciam, pois, os mesmos veem que ocorrem mudanças importantes a partir das notificações efetuadas.

Já na dimensão 11 (Percepção geral da segurança do paciente) onde se avalia os sistemas e procedimentos existentes que auxiliam para a identificação e correção de problemas precocemente, as respostas positivas alcançaram o índice de 41%, caracterizando zona negativa para a cultura de segurança do paciente (REIS, 2013). Estudos (TOMAZONI *et al.*, 2017; SOUZA, L., *et al.*, 2018; ABREU *et al.*, 2019) enfatizam que a segurança do paciente deve ser priorizada e tratada de forma a abranger todos os níveis de atenção, pois, é algo fundamental para um atendimento livre de danos, estes estudos relatam que se deve ter em mente que mesmo seguindo os protocolos o ambiente de trabalho pode influenciar na ocorrência de danos. As instituições devem investir no aprimoramento das técnicas e capacitar todos os funcionários para terem visão crítica identificando o evento antes dele atingir o paciente para que assim não ocorra danos (LEMOS *et al.*, 2018).

A nota de segurança do paciente foi avaliada mediante opções que deveriam ser assinaladas (excelente, muito boa, regular, ruim, muito ruim), sendo possível verificar que os profissionais consideraram a segurança do paciente como muito boa ou regular cada uma pontuando 38%, esses dados vão ao encontro das respostas referentes à percepção de segurança do paciente, evidenciando a necessidade de se trabalhar estratégias para fortalecer a cultura de segurança na instituição (KOLANKIEWICZ *et al.*, 2017; REIS, 2013).

A segurança do paciente deve ser priorizada por todos os profissionais independentemente se atendem de forma direta ou indireta o paciente, todos devem trabalhar em conjunto para prestar um atendimento no qual o paciente não sofra nenhum evento adverso, as instituições devem desenvolver processos de trabalho seguros que minimizem ao máximo a possibilidade de erros ocorrerem, os profissionais devem ser munidos de informações para identificar o erro antes dele atingir o paciente e isso se dará em decorrência processos de trabalhos, seguros. (REIS *et al.*, 2019; BIASIBETTIA *et al.*, 2019).

A educação permanente dentro das instituições é muito importante para que se compreenda sobre a cultura de segurança de uma forma mais ampla, assim conseguindo trabalhar os casos e o cuidado com o paciente de uma forma a minimizar todos os riscos nos quais o paciente possa vir a passar, esse movimento deve ser mantido em todos os níveis da atenção fortalecendo a percepção de segurança para que assim se tenham profissionais capacitados para trabalhar com qualquer acontecimento (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

Frente a estes dados pode se observar que a segurança do paciente precisa ser aprimorada nesta instituição de modo a propiciar o fortalecimento da cultura de segurança, atentando especificamente para as dimensões em que as respostas positivas ficaram no índice negativo. Enfatiza-se ainda a importância de utilizar as notificações realizadas na instituição como fonte primária de aprendizado e desenvolvimento da melhoria contínua na instituição (TOMAZONI *et al.*, 2014).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da análise das dimensões abordadas, percebe-se que existem fragilidades importantes sobre a cultura de segurança do paciente na instituição pesquisada, evidenciando a necessidade de se trabalhar o assunto em todas as esferas de atenção dentro da instituição.

O aspecto positivo deste estudo foi observar que a um aprendizado organizacional e melhoria contínua por se tratar da dimensão com maior índice percentual positivo, o que demonstra que já se tem um trabalho em andamento voltado para a cultura de segurança dentro da instituição.

Um dos elementos que sobressaiu nos resultados se relaciona à cultura não punitiva ao erro, apresentando o menor índice percentual de respostas positivas, o que permite perceber que os participantes acreditam que serão punidos mediante o erro cometido, essa é uma cultura que deve ser transformada e desmistificada, por meio de ações ao longo do tempo, para que os profissionais e as instituições comecem a trabalhar focados na melhoria do atendimento e não pensando em futuras punições.

O fato dos participantes acreditarem que serão punidos com relação ao erro cometido tem forte influência sobre as notificações realizadas, observa-se isso quando foi analisado o número de notificações realizadas pelos participantes nos últimos 12 meses, onde 56% não realizou nenhuma notificação nesse período, isso pode ser em decorrência da falta de informação e também pelo fato de algumas instituições ainda trabalharem com a cultura punitiva ao erro, com isso os funcionários acabam subnotificando o fato para que não sofram represarias.

Esse assunto deve ser abordado com mais ênfase abrangendo amplamente todos os serviços presentes na unidade, visto que a deficiência na segurança do paciente, além de trazer problemas para o usuário impactando em suas vidas no âmbito social, psicológico e financeiro, repercutindo ainda sobre a instituição que presta o cuidado.

A instituição deve pensar estratégias para abordar o assunto pontuando principalmente que quando o profissional realiza alguma notificação de evento adverso o mesmo não será punido.

Considerou-se como limitação desta pesquisa o número da população e o fato da amostra não corresponder a um percentual específico de cada categoria

profissional, outra limitação pode ser o fato de não ter avaliado a estrutura institucional para a segurança do paciente, como a estrutura do NSP e as atividades desenvolvidas por eles dentro da instituição.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Ingrid Moura de et al. **Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico**: visão da enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180198, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200411&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200411&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 13 de outubro 2019.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). 2014. **User Comparative Database Report: Hospital Survey on Patient Safety Culture**. March 2014. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patientsafety/patientsafetyculture/hospital/2014/index.html>. Acesso em: 24 de outubro de 2019.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR), Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: ANVISA; 2017 [citado 2015 mai. 16]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assistencia+Segura+-+Uma+Reflexao+Teorica+Aplicada+a+Pratica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>. Acesso em: 12 de outubro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 40 p.: il. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em: 05 mar. 2019.

BIASIBETTI, Cecilia et al. **Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas**. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180337, 2019. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200421&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200421&lng=en&nrm=iso). Access on: 13 de outubro de 2019.

BOHRER, Cristina Daiana et al. **Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar**: visão da equipe multiprofissional. Revista de Enfermagem da UFSM, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 50 - 60, mar. 2016. ISSN 2179-7692. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19260>. Acesso em: 27 nov. 2019.

CALDANA, Graziela et al. **Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente**: desafios e perspectivas. Texto contexto - enferm. Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 906-911, Sept. 2015. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-0707201500300906&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-0707201500300906&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 de novembro 2019.

CALORI, Mateus Antonio de Oliveira; GUTIERREZ, Sarita L.; GUIDI, Thiago A. C. **Segurança do paciente:** promovendo a cultura de segurança. *Saúde em Foco*, Edição nº: 07/Ano: 2015. Disponível em: [http://unifia.edu.br/revista\\_eletronica/revistas/saude\\_foco/artigos/ano2015/seguranca\\_paciente.pdf](http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2015/seguranca_paciente.pdf). Acesso em: 05 abr. 2019.

CAMPELO, Cleber Lopes et al. **Cultura de segurança do paciente e cuidado cultural de enfermagem.** *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 12, n. 9, p.2500-2506, set. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/235048/29967>. Acesso em: 01 jan. 2019.

CARLA, Monise. **Modelo Queijo Suíço para analisar riscos e falhas.** Blog da qualidade. 2019. Disponível em <https://blogdaqualidade.com.br/modelo-queijo-suico-para-analisar-riscos-e-falhas/>. Acesso em: 27 de novembro de 2019.

CARLESI, Katya Cuadros et al. **Incidentes de segurança do paciente e carga de trabalho de enfermagem.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2017, vol.25, e2841. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100319&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100319&script=sci_abstract). Acesso em: 20 de outubro de 2019.

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de et al. **Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 25, e2849, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100310&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100310&lng=en&nrm=iso). Acesso em 13 outubro de 2019.

COSTA, Daniele Bernardi da et al. **Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem.** *Texto contexto – enfermagem*, Florianópolis, v. 27, n. 3, e2670016, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000300303&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300303&lng=en&nrm=iso). Acesso em 13 Nov. 2019.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto.** 3ed. Porto Alegre: Artmed: bookman, 2010 viii,296p.

DALRI, Rita C. M. B. et al. **Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 959-965, nov./dez. 2014a. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt\\_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf). Acesso em: 22 outubro 2019.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. **Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem.** *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, Feb. 2015.. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 nov. 2019.

FAGERSTROM L, Kinnunen M, Saarela J. **Nursing workload, patient safety incidents and mortality:** an observational study from Finland. *BMJ Open*. 2018;

8:e016367. Disponível em: 10.1136/bmjopen-2017-016367. Acesso em: 11 de outubro de 2019.

FEREZIN, Tatiana Paula Miguelaci et al. **ANÁLISE DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS EM HOSPITAIS ACREDITADOS**. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 22, n. 2, maio 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49644>. Acesso em: 10 de outubro de 2019.

FIGUEIREDO, Mirela Lopes de et al . **Analysis of incidents notified in a general hospital**. Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 71, n. 1, p. 111-119, Feb. 2018 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000100111&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100111&lng=en&nrm=iso). Access on 27 Nov. 2019.

GONCALVES, Mariana Faria et al. **Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil**. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre , v. 38, n. 3, e0063, 2017. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000300401&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300401&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 11 de outubro de 2019.

KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat et al . **Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes**. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 30, n. 5, p. 531-537, Oct. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-210020170005000531&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-210020170005000531&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 de novembro 2019.

LAGEMANN, Bruna et al. **Problematizando o modelo de assistência biopsicossocial em saúde: Um relato de experiência**. Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico. [S.l.], v. 4, n.1, p. 74-81 Jan/Jun. 2018 ISSN: 2446-6778. Disponível em: [einpec.srvroot.com:8686/reinpec/index.php/reinpec/article/view/361](http://einpec.srvroot.com:8686/reinpec/index.php/reinpec/article/view/361). Acesso em: 27 de março 2019.

LEMOS, Grazielle de Carvalho et al. **A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: Reflexão teórica**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2018; 8:e2600. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2600/1880>. Acesso em: 10 de outubro de 2019.

LORENZINI, Elisiane; SANTI, Juliana Annita Ribeiro; BAO, Ana Cristina Pretto. **Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil**. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 121-127, June 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472014000200121&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000200121&lng=en&nrm=iso). Acesso 02 nov. 2019.

MAGALHÃES, Ana Maria Müller de; DALL'AGNOL, Clarice Maria; MARCK, Patricia Beryl. **Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 146-154, Feb. 2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000700019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700019&lng=en&nrm=iso). Acesso em 13 de outubro 2019.

MAGUINA-VARGAS, Ciro; GASTELO-ACOSTA, Rosy. **Los maestros y sus discípulos a lo largo de la histo. Acta méd.** Peru, Lima, v. 34, n. 2, p. 143-149, abr. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172017000200011&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000200011&lng=es&nrm=iso). Acesso em 13 de outubro de 2019.

MARTINS, Marisa da Silva; MATOS, Eliane; SALUM, Nádia Chiodelli. **Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade de emergência adulta.** Texto Contexto Enferm. Florianópolis, v. 28, e20160069, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072019000100303&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100303&lng=en&nrm=iso). Acesso em 13 de outubro de 2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em: 11 de outubro de 2019.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 20 de março 2019.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. **RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html) Acesso em: 20 de março 2019.

MINUZZI, Ana Paula; SALUM, Nádia Chiodelli; LOCKS, Melissa Orlandi Honório. **Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 25, n. 2, e1610015, 2016. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-070720160002000313&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-070720160002000313&lng=pt&nrm=iso). Epub 27-Jun-2016. Acesso em 05 de abril 2019.

NASCIMENTO, João Costa; DRAGANOV, Patrícia Bover. **História da qualidade em segurança do paciente** Hist enferm Rev eletrônica [Internet]. 2015; 6(2):299-309. Portuguese. Disponível em: [http://here.abennacional.org.br/here/seguranca\\_do\\_paciente.pdf](http://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf). Acesso em: 05 de abril. 2019.

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. **Livres de danos: Acelerar a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois de To Err Is Human.** Bostom: [s.n.], 2015. 59 p. Disponível em: [https://c.yimcdn.com/sites/npsf.site-ym.com/resource/resmgr/PDF/Free\\_from\\_Harm\\_portugues-br.pdf](https://c.yimcdn.com/sites/npsf.site-ym.com/resource/resmgr/PDF/Free_from_Harm_portugues-br.pdf). Acesso em: 26 out. 2019.

NOGUEIRA, Jane W. da Silva. **Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente.** 2015. Brasília. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/40016-162735-1-PB.pdf>. Acesso em: 09 de novembro de 2019.

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. **Estratégias para promover segurança do paciente**: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, mar. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452014000100122&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452014000100122&lng=en&nrm=iso). Acesso em 02 nov. 2019.

PAIVA MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMC. **The reasons of the nursing staff to notify adverse events**. Rev Latino Am Enfermagem. 2014;22(5):747-54. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100445&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100445&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 10 de outubro de 2019.

PICOLOTTO A, Barella D, Moraes FR, et al. **A Cultura de Segurança do Paciente da Equipe de Enfermagem de um Ambulatório Central**. Rev Fund Care Online. 2019.11(n. esp):333-338. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6542>. Acesso em: 23 de outubro de 2019.

PRONOVOST. P, Ravitz A, Stoll R, Kennedy S. 2015. **Transforming Patient Safety: A Sector-Wide Systems Approach**. Relatório do Wish Patient Safety Forum 2015. Disponível em: <http://dnpnfts5nbrdps.cloudfront.net/app/media/1430>. Acesso em: 19 de outubro de 2019.

RAMIREZ-Martinez, M.E. y GONZALEZ Pedraza- aviles, **A. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel**. Enferm. Univ. [online]. 2017, vol.14, n.2, pp.111-117. ISSN 2395-8421. Disponível em: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/41>. Acesso em: 10 de outubro de 2019.

REIS, Claudia Tartaglia. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. Tese. Escola nacional de saúde pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro; sn; 2013. Xiii, 203 p. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=688815&indexSearch=ID>. Acesso em 02 abril 2019

REIS, C.T. **Cultura em segurança do paciente**. In: SOUSA, P., and MENDES, W., orgs. **Segurança do Paciente**: criando organizações de saúde seguras [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, pp. 75-99. Vol. 2. ISBN: 978-85-7541-594-8. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/vtq2b/epub/sousa-9788575415948.epub>. Acesso em: 10 de novembro de 2019.

REIS, Gislene Aparecida Xavier dos et al. **Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente**: perspectivas de enfermeiros gestores. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180366, 2019. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200409&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200409&lng=en&nrm=iso). Access on 27 Nov. 2019. Epub Jan 10, 2019.

ROMERO, Manuel Portela et al . **A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde**. Rev. Bioét., Brasília , v. 26, n. 3, p. 333-342, dez. 2018 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422018000300333&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422018000300333&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 27 nov. 2019.

SARTOR, Giordana Dutra; DA SILVA, Bruna Fernanda; MASIERO, Anelise Viapiana. **Segurança do paciente em hospitais de grande porte: panorama e desafios**. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 21, n. 5, ago. 2016. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45644>. Acesso em: 13 nov. 2019.

SANTIAGO, Thaiana Helena Roma. **Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva**. Revista da escola de Enfermagem. USP-São Paulo. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/1980-220X-reeusp-49-spe-0123.pdf> .Acesso em 08 de outubro de 2019.

SILVA, Aline Teixeira et al . **Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 292-301, Dec.2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000400292&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400292&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 de outubro 2019.

SILVA, Dirceu da; LOPES, Evandro Luiz; JUNIOR, Sérgio Silva Braga. **Pesquisa Quantitativa: Elementos, Paradigmas e Definições**. Revista de Gestão e Secretariado, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 01-18, abr. 2014. Disponível em: <https://www.revistagesec.org.br/secretariado/article/view/297>. Acesso em: 01 dez. 2018.

SILVA, Marcos Vinicius Pereira da; CARVALHO, Patricia Maria Gomes de. **Cultura de segurança do paciente: atitudes dos profissionais de enfermagem de um serviço de pronto atendimento**. R. Interd. [S.l.], v. 9, n. 1, p. 1-12. 2016. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/500>. Acesso em: 09 dez. 2018.

SILVA, Natasha Dejigov Monteiro da et al. **Patient safety in organizational culture as perceived by leaderships of hospital institutions with different types of administration**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 490-497, June 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000300490&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000300490&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 5 setembro de 2019.

SIMAN, Andréia Guerra; BRITO, Maria José Menezes. **Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente**. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre , v. 37, n. spe, e68271, 2016 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000500413&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500413&lng=en&nrm=iso). Access on 27 Nov. 2019. Epub Apr 27, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271>.

SOUZA, Catharine Silva de et al . **Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180294, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200415&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200415&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 de Novembro 2019.

SORRA JS, Nieva VF. **Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality;**2004. (AHRQ publication no 04-0041). Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>. Acesso em: 9 de outubro de 2019.

TOMAZONI, Andréia et al. **Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 755-763, Oct. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692014000500755&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000500755&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 nov. 2019.

TONDO, Juliana Cristina Abbate; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. **Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 70, n. 6, p. 1284-1290, Dec. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000601284&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000601284&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 nov. 2019.

WEGNER, Wiliam et al. **Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160068, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000300212&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300212&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 Março 2019.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A-Questionário: Cultura de Segurança do paciente no Hospital.

Esta pesquisa tem por objetivo identificar sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado em saúde e relato de eventos em seu hospital. Este procedimento tomara aproximadamente 10 a 15 minutos do seu tempo.

Abaixo segue a necessária descrição de alguns termos usados no instrumento:

- a) Evento: qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.
- b) Segurança do paciente: evitar ou prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidado de saúde prestados.

**Instruções:** leia cada afirmativa e marque com um "X" apenas uma das opções de resposta em cada questão. Caso não queira responder a alguma das questões, ou se a pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.

#### SECCÃO A - Sua área/unidade de trabalho

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

#### Qual a sua principal área / unidade neste hospital? Selecione apenas UMA resposta:

- a.( ) Nutrição    b.( ) Clín. Médica    c.( ) Clín. Cirúrgica    d.( ) Centro Cirúrgico/SRPA    e.( ) Obstetrícia  
 f.( ) Pediatria    g.( ) Emergência    h.( ) Terapia Intensiva adulto    i.( ) Psiquiatria    j.( ) Farmácia    k.( ) Laboratório  
 l.( ) Radiologia/Centro de diagnóstico    m.( ) Anestesiologia    n.( ) Administração    o.( ) Clin. Oncol./Quimioterapia    p.( ) Agência transfusional  
 q.( ) Terapia intensiva neonatal    r.( ) Radioterapia    s.( ) Recepção    t.( ) Equipe de higienização/hotelaria  
 u.( ) Outra: \_\_\_\_\_

| Pense na sua unidade/área de trabalho no hospital...<br>E indique a sua concordância ou discordância em relação às afirmações abaixo:           | Discordo totalmente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| 1. Nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras   | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho                                   | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo rapidamente                                   | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 4. Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito  | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 5*. Nesta unidade os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente  | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 7*. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente                                   | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 8*. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles  | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 9. Erros, enganos ou falhas tem levado à mudanças positivas por aqui  | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 10*. É apenas por acaso, que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui  | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam   | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 12*. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema   | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade   | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 14*. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido  | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |

|   |                     |          |                           |          |                     |
|---|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| 15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída   | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| <b>Pense na sua unidade/área de trabalho no hospital...</b> (continuação)   | Discordo totalmente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
| 16*. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 17*. Nesta unidade/área temos problemas de segurança do paciente  | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros  | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |

### **SECCÃO B - O seu chefe / coordenador / gerente**

|   |                     |          |                           |          |                     |
|---|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| <b>Pense na sua unidade/área de trabalho no hospital...</b><br>Indique a sua concordância ou discordância com relação as seguintes afirmações sobre o seu chefe / coordenador / gerente imediato ou pessoa(s) que você se reporta diretamente | 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  | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 2. O meu supervisor / chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente   | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 3*. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor / chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”   | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 4*. O meu supervisor / chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente   | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |

### **SECCÃO C - Comunicação**

|   |                     |          |                           |          |                     |
|---|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| <b>Pense na sua unidade/área de trabalho no hospital...</b><br>Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área / unidade de trabalho?    | Discordo totalmente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
| 1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos   | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) tem liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade  | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se a vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores             | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 5. Nesta unidade / área, discutimos meio de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente  | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 6*. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo                             | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |

**SECCÃO D - Frequência de eventos relatados**

| <b>Pense na sua unidade/área de trabalho no hospital...</b><br>Na sua unidade / área de trabalho no hospital, quando ocorrem erros, enganos ou falhas seguintes, com que frequência eles são relatados? | Nunca | Raramente | Às vezes | Quase sempre | Sempre |
|---|-------|-----------|----------|--------------|--------|
| 1. Quando ocorre um erro, engano ou falha, mas ele é <b>percebido e corrigido antes de afetar o paciente</b> , com que frequência ele é relatado?   | 1     | 2         | 3        | 4            | 5      |
| 2. Quando ocorre o erro, engano ou falha, mas <b>não há risco de dano ao paciente</b> , com que frequência ele é relatado?  | 1     | 2         | 3        | 4            | 5      |
| 3. Quando ocorre erro, engano ou falha que <b>poderia causar danos ao paciente</b> , mas não causa, com que frequência ele é relatado?  | 1     | 2         | 3        | 4            | 5      |

**SECCÃO E - Nota da segurança do paciente**

Por favor, avalie a segurança do paciente na sua unidade / área de trabalho:

( ) Excelente ( ) Muito Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito Ruim

**SECCÃO F - O seu hospital**

| <b>Pense na sua unidade/área de trabalho no hospital...</b><br>Indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o 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  | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 2*. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si  | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 3. O processo de cuidado é compreendido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra  | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto   | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 5*. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno                                       | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 6*. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital                           | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital   | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade  | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso  | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes   | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |
| 11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes  | 1                   | 2        | 3                         | 4        | 5                   |

**SECCÃO G - Número de eventos relatados**

Nos últimos 12 meses, quantos eventos você registrou por meio da ficha de notificação?

- a. ( ) Nenhum    b. ( ) 1 a 2    c. ( ) 3 a 5    d. ( ) 6 a 10    e. ( ) 11 a 20    f. ( ) 21 ou mais

**SECCÃO H - Informações gerais**

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

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

- a. ( ) Menos de 3 meses    b. ( ) 3 meses a 1 ano    c. ( ) 1 a 5 anos    d. ( ) 6 a 10 anos  
 d. ( ) 11 a 15 anos    e. ( ) 16 a 20 anos    f. ( ) 21 anos ou mais

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

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

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

- a. ( ) menos de 20 horas / semana    d. ( ) 60 a 79 horas / semana  
 b. ( ) 20 a 39 horas / semana    e. ( ) 80 a 99 horas / semana  
 c. ( ) 40 a 59 horas / semana    f. ( ) 100 horas / semana ou mais

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

- a. ( ) Médico do corpo clínico / Médico assistente / Hospitalista  
 b. ( ) Médico residente / Médico em treinamento  
 c. ( ) Enfermeiro  
 d. ( ) Enfermeiro *trainee*  
 e. ( ) Técnico de Enfermagem  
 f. ( ) Auxiliar de Enfermagem  
 g. ( ) Farmacêutico / Bioquímico / Biólogo  
 h. ( ) Biomédico  
 i. ( ) Odontólogo  
 j. ( ) Nutricionista  
 k. ( ) Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório  
 l. ( ) Terapeuta Ocupacional  
 m. ( ) Fonoaudiólogo  
 n. ( ) Psicólogo  
 o. ( ) Assistente Social  
 p. ( ) Técnico de Laboratório/Análises Clínicas  
 q. ( ) Técnico em Radiologia  
 r. ( ) Auxiliar de Farmácia  
 s. ( ) Administração / Direção  
 t. ( ) Recepcionista  
 u. ( ) Auxiliar do serviço de nutrição  
 v. ( ) Segurança  
 w. ( ) Auxiliar equipe higienização/hotelaria  
 x. ( ) Outro (especifique): \_\_\_\_\_

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

- a. ( ) Sim  
 b. ( ) Não

## APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **SEGURANÇA DO PACIENTE: CONSTRUINDO CAMINHOS PARA A CULTURA DE SEGURANÇA**

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Segurança do paciente: construindo caminhos para a cultura de segurança**. Desenvolvida por Aline Massaroli, docente de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Chapecó.

O objetivo central do estudo é: Avaliar o nível de cultura de segurança do paciente, sob a ótica de profissionais de saúde, em pontos da rede de atenção à saúde do município de Chapecó-SC. Esta pesquisa está sendo desenvolvida com o intuito de conhecer como a segurança do paciente está sendo compreendida pelos profissionais de saúde, identificando as potencialidades e fragilidades do serviço de saúde com relação a este tema, favorecendo o desenvolvimento de um planejamento das ações voltadas para a melhoria da segurança dos pacientes na instituição.

O convite a sua participação se deve ao fato de você ser um profissional de saúde da instituição onde a pesquisa está sendo desenvolvida, bem como, estar trabalhando há no mínimo 3 meses na instituição, ter mais de 18 anos, ter uma carga horária mínima de 20 horas semanais. Sua participação é muito importante para que possamos conhecer o nível de cultura de segurança dos pacientes na sua instituição, sendo que esta informação será posteriormente utilizada para o desenvolvimento de ações que viabilizem a melhoria da segurança dos pacientes nesta instituição.

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A identificação do participante será resguardada durante todas as etapas da pesquisa, sendo que a identificação dos formulários será realizada por meio de codificação alfanumérica, determinada de modo aleatório pela pesquisadora.

A sua participação consistirá em responder a um questionário estruturado com perguntas fechadas. A coleta de dados será realizada no seu local de trabalho, durante o período de trabalho, sendo o instrumento para coleta de dados um questionário impresso que você realizará o preenchimento. Todos os profissionais de saúde desta instituição estão convidados a participarem desta pesquisa.

O tempo necessário para preenchimento do questionário varia entre 10 e 15 minutos.

O questionário preenchido será arquivado em local restrito e seguro, sendo acessado exclusivamente pelos pesquisadores, as respostas serão compiladas em arquivos do programa Microsoft Excel® para posterior análise.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo físico, por um período de cinco anos.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir para a reflexão de como está a cultura de segurança do paciente na sua instituição de saúde, permitindo o desenvolvimento de caminhos para a melhoria da segurança dos pacientes na instituição, o que impactará diretamente na qualidade da assistência oferecida aos paciente e segurança nos processos

de trabalhos desenvolvidos pelos profissionais de saúde.

A participação na pesquisa poderá causar riscos que estão relacionados com a invasão de privacidade e ao sentimento de exposição à situação de constrangimento durante a aplicação do questionário; divulgação de dados confidenciais como nome, CPF ou RG. Para minimizar estes riscos, os pesquisadores comprometem-se a seguir a Resolução 466/2012 do CNS, garantindo respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos dos indivíduos, tomando cuidado para não interferir na rotina do serviço. É permitido ao participante, retirar o consentimento a qualquer momento, mesmo sem algum motivo, bastando apenas informar ao pesquisador, sem que haja punições por parte dos pesquisadores ou da instituição.

Os resultados serão apresentados primeiramente à instituição e aos participantes da pesquisa. Posteriormente os achados poderão ser compartilhados com a comunidade científica por meio de divulgação em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados da instituição e dos participantes.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já agradecemos sua participação!

Chapecó, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Pesquisador responsável Profª Aline Massaroli  
 Contato profissional com o(a) pesquisador(a) responsável:  
 Tel: 0XX-49-2049-6521  
 e-mail: aline.massaroli@uffs.edu.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, Sala 315, CEP 89815-899 - Chapecó - Santa Catarina – Brasil.

**Inserir da seguinte forma:** “Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS”:

Tel e Fax - (0XX) 49- 2049-3745

E-Mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS - Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899, Chapecó - Santa Catarina – Brasil).

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante: \_\_\_\_\_

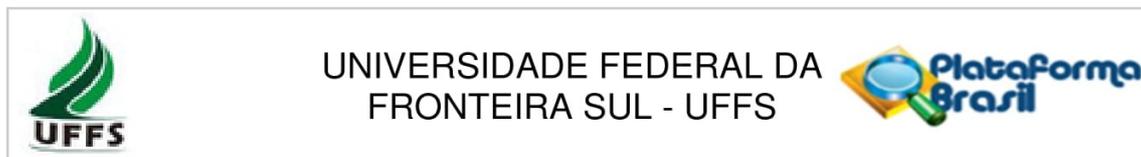
Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisador responsável: Profª Aline Massaroli



## ANEXO

### ANEXO A. Parecer consubstanciado do CEP.



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SEGURANÇA DO PACIENTE: CONSTRUINDO CAMINHOS PARA CULTURA DE SEGURANÇA

**Pesquisador:** Aline Massaroli

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 85960518.0.0000.5564

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.621.561

##### Apresentação do Projeto:

Resumo:

A segurança do paciente tem sido reconhecida como uma das prioridades da atenção à saúde nos últimos anos. Por isto propõem-se esta pesquisa com o intuito de avaliar o nível de cultura de segurança do paciente, sob a ótica de profissionais de saúde, em pontos da rede de atenção à saúde do município de Chapecó-SC? Será uma pesquisa quantitativa do tipo longitudinal, realizada em um hospital de grande porte da rede de atenção à

saúde do município de Chapecó-SC. Como participantes serão convidados os profissionais de saúde da instituição e para coleta de dados será utilizado o instrumento estruturado Hospital Survey on Patient Safety Culture (HOSPSC), desenvolvido pela americana Agency Healthcare Research and Quality em 2004, que foi traduzido e adaptado para o contexto brasileiro. A análise dos dados será por meio de análise estatística descritiva e inferencial.

##### Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

A partir do conhecimento do nível da cultura de segurança do paciente de uma instituição de saúde, bem como das fragilidades e potencialidades deste serviço para este tema, seja possível o desenvolvimento de um plano estratégico para o desenvolvimento de práticas de assistência à

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

**Bairro:** Área Rural

**CEP:** 89.815-899

**UF:** SC

**Município:** CHAPECO

**Telefone:** (49)2049-3745

**E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 2.621.561

saúde mais seguras, partindo especialmente de atividades educativas que promovam o desenvolvimento e envolvimento dos profissionais de saúde.

Objetivo Primário:

Avaliar o nível de cultura de segurança do paciente, sob a ótica de profissionais de saúde, em pontos da rede de atenção à saúde do município de

Chapecó-SC?

Objetivo Secundário:

Identificar as fragilidades e potencialidades, de um serviço da rede de atenção à saúde do município de Chapecó-SC, para a segurança do paciente.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Critério de Inclusão:

Como critérios de inclusão serão observados: profissional deve estar trabalhando há no mínimo 3 meses na instituição, ter mais de 18 anos, ter uma carga horária mínima de 20 horas semanais.

Critério de Exclusão:

Como critérios de exclusão: profissionais em afastamento por problemas de saúde ou férias no período da coleta de dados.

Riscos:

Os riscos para os participantes estão relacionados com a invasão de privacidade e exposição à situação de constrangimento durante as entrevistas e aplicação do questionário; divulgação de dados confidenciais como nome, CPF ou RG. Para minimizar estes riscos, os pesquisadores comprometem-se a seguir a Resolução 466/2012 do CNS, garantindo respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos dos indivíduos, tomando cuidado para não interferir na rotina do serviço. É permitido a ao participante, retirar o consentimento a qualquer momento, mesmo sem algum motivo, bastando apenas informar ao pesquisador, sem que haja punições por parte dos pesquisadores ou da instituição.

Qualquer dúvida ou necessidade de esclarecimentos, os pesquisadores poderão ser contatados a qualquer momento através de e-mail ou telefone, registrados junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Benefícios:

Destacam-se como benefícios a contribuição para a reflexão de como está a cultura de segurança do paciente na instituição de saúde, permitindo o desenvolvimento de caminhos para a melhoria da segurança dos pacientes na instituição que impactará diretamente na qualidade da assistência oferecida aos paciente e segurança nos processos de trabalhos desenvolvidos pelos profissionais

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

**Bairro:** Área Rural

**CEP:** 89.815-899

**UF:** SC

**Município:** CHAPECO

**Telefone:** (49)2049-3745

**E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 2.621.561

de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Os pesquisadores aplicarão um questionário sob a forma de entrevista tendo na metodologia proposta pela Agency for Healthcare Research and Quality como base e avaliando a efetividade do conhecimento dos prestadores de serviço no ambiente hospitalar antes e após treinamento sobre segurança do paciente.

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

O documento Termo de Ciência e Concordância da Instituição foi corrigido quanto a pessoa responsável pelo setor.

**Recomendações:**

A recomendação quanto ao orçamento não foi atendida.

Adequar o período de coleta de dados de acordo com o cronograma apresentado no documento informações básicas no item metodologia proposta do mesmo documento.

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

Não há impedimentos éticos ao desenvolvimento do estudo.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador”.

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

**Bairro:** Área Rural

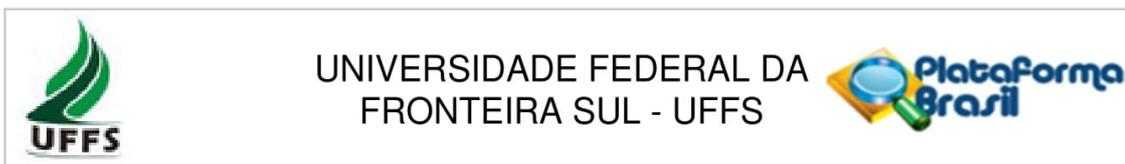
**CEP:** 89.815-899

**UF:** SC

**Município:** CHAPECO

**Telefone:** (49)2049-3745

**E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 2.621.561

não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.

3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

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

| Tipo Documento  | Arquivo                                       | Postagem               | Autor           | Situação |
|---|---|------------------------|-----------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1086881.pdf | 16/04/2018<br>18:32:56 |                 | Aceito   |
| Outros  | RespostapendenciasdoCEPSH.doc                 | 16/04/2018<br>18:32:19 | Aline Massaroli | Aceito   |
| Outros  | Cartadeaceitehospitalcorreta.pdf              | 16/04/2018<br>18:29:55 | Aline Massaroli | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | projetosphrocepsh12.pdf                       | 16/04/2018<br>18:25:21 | Aline Massaroli | Aceito   |
| Outros  | instrumentocoletadedados.doc                  | 15/03/2018<br>16:06:47 | Aline Massaroli | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.doc                                      | 15/03/2018<br>15:48:53 | Aline Massaroli | Aceito   |
| Folha de Rosto  | BRN30055CB463D6_003812.pdf                    | 15/03/2018<br>15:48:11 | Aline Massaroli | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.815-899  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 2.621.561

Não

CHAPECO, 25 de Abril de 2018

---

**Assinado por:**  
**Valéria Silvana Faganello Madureira**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

**Bairro:** Área Rural

**CEP:** 89.815-899

**UF:** SC

**Município:** CHAPECO

**Telefone:** (49)2049-3745

**E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br