

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA  
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**LORIANE COTOVICZ**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE  
SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**PONTA GROSSA  
2020**

LORIANE COTOVICZ

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE  
SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profª Drª Elise Souza dos Santos Reis  
Coorientador: Profº Drº Erildo Vicente Muller

PONTA GROSSA  
2020

C845 Cotovicz, Loriane  
Cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de saúde de um hospital universitário / Loriane Cotovicz. Ponta Grossa, 2020.  
73 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Área de Concentração: Atenção Interdisciplinar em Saúde), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Elise Souza dos Santos Reis.  
Coorientador: Prof. Dr. Erildo Vicente Muller.

1. Segurança do paciente. 2. Qualidade da assistência à saúde. 3. Equipe de assistência ao paciente. I. Reis, Elise Souza dos Santos. II. Muller, Erildo Vicente. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Atenção Interdisciplinar em Saúde. IV.T.

CDD: 610.730

LORIANE COTOVICZ

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE  
DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde na  
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Atenção Interdisciplinar em Saúde.

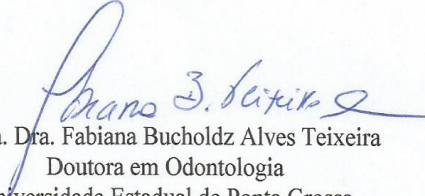
Ponta Grossa, 20 de março de 2020.



Profa. Dra. Elise Souza dos Santos Reis– Orientadora  
Doutora em Cardiologia  
Universidade Estadual de Ponta Grossa



Profa. Dra. Daniela Gaspardo Folquitto  
Doutora em Ciências Farmacêuticas  
CESCAGE



Profa. Dra. Fabiana Bucholdz Alves Teixeira  
Doutora em Odontologia  
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Dedico este trabalho a meu pai Vitorio (*in memoriam*), que sempre me incentivou a estudar e nunca mediu esforços para que isso acontecesse. Mesmo separados fisicamente, sei que está ao meu lado nas horas difíceis e comemora comigo esta conquista.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, pelo dom da vida e por me guiar em todos os momentos, dando-me forças, saúde e discernimento para atingir meus objetivos.

À minha mãe Maria Helena e aos meus irmãos Mariane e André Vitor, por serem a minha maior referência de amor. Obrigada por sempre apoiarem minhas escolhas, darem o incentivo necessário e entender as minhas ausências. Amo vocês!

Ao meu namorado Cristiano, por sua paciência e compreensão em todos os momentos, por estar sempre disponível a me ajudar. Seu amor me fortalece!

À doutora Elise, minha orientadora, por todos os ensinamentos compartilhados durante esses dois anos, por sua disponibilidade e atenção.

Ao Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais e todos os profissionais que participaram dessa pesquisa, que lutam diariamente para oferecer um cuidado seguro aos seus pacientes.

## RESUMO

A preocupação pela segurança do paciente e a qualidade da assistência se faz presente na atualidade, visto que durante a internação os pacientes ficam expostos ao risco da ocorrência de diversos eventos adversos, que podem acarretar danos severos à sua saúde. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar aspectos relacionados à cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de saúde de um hospital universitário, por meio da aplicação do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture, que possui 42 itens divididos em 12 dimensões. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. O instrumento foi entregue aos profissionais das categorias técnico de enfermagem, enfermagem, medicina, odontologia, farmácia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social e os residentes das respectivas áreas, no período de janeiro a março de 2019. Dos 302 questionários respondidos, 283 foram considerados válidos. As variáveis foram analisadas através de estatística descritiva. A dimensão “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” obteve o maior percentual de respostas positivas (77,90%), sendo considerada uma área forte para a segurança do paciente. A principal fragilidade foi identificada na dimensão “Resposta não punitiva aos erros”, que obteve apenas 27,7% de respostas positivas. A maioria dos participantes (59,7%) não realizou notificações de eventos adversos nos últimos 12 meses. Contudo, 70,7% dos participantes consideraram as medidas de segurança do hospital como “muito boa”. Conclui-se que a cultura de segurança do paciente na instituição possui dimensões com potencial para se tornarem fortalecidas, sendo importante a disseminação de uma cultura não punitiva e o incentivo à comunicação aberta frente aos erros.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Qualidade da Assistência à Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente.

## **ABSTRACT**

The concern for patient safety and quality of assistance is present today, since during hospitalization patients are exposed to the risk of the occurrence of several adverse events, which can cause severe damage to their health. This research aimed to evaluate aspects related to patient safety culture in the perception of the health team of a university hospital, through the application of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire, which has 42 items divided into 12 dimensions. This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. The instrument was delivered to professionals in the technical categories of nursing, nursing, medicine, dentistry, pharmacy, nutrition, physiotherapy, speech therapy, psychology, social work and residents of the respective areas, from January to March 2019. Of the 302 questionnaires answered, 283 were considered valid. The variables were analyzed using descriptive statistics. The dimension "Organizational learning and continuous improvement" obtained the highest percentage of positive responses (77.90%), being considered a strong area for patient safety. The main fragility was identified in the dimension "Non-punitive response to errors", which obtained only 27.7% of positive responses. The majority of participants (59.7%) did not report adverse events in the past 12 months. However, 70.7% of the participants considered the hospital's security measures to be "very good". It is concluded that the culture of patient safety in the institution has dimensions with the potential to become strengthened, therefore the dissemination of a non-punitive culture and the encouragement of open communication in the face of errors are important.

**Keywords:** Patient safety. Quality of health care. Patient care team.



## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 - Teoria do Queijo Suíço de James Reason .....   | 19 |
| Figura 2 - Tipologia da cultura de segurança .....  | 22 |
| Figura 3 - Nota de segurança do paciente. Ponta Grossa – PR, 2019.....  | 41 |
| Figura 4 - Frequência de notificação de eventos adversos nos últimos 12 meses.<br>Ponta Grossa - PR, 2019 .....   | 42 |
| Figura 5 - Distribuição da porcentagem de respostas por dimensão. Ponta Grossa<br>– PR, 2019 .....                | 43 |
| Figura 6 - <i>Boxplots</i> representando a distribuição dos escores por dimensão. Ponta<br>Grossa – PR, 2019..... | 45 |

## LISTA DE TABELAS

|             |   |    |
|-------------|---|----|
| Tabela 1 -  | Características gerais da amostra segundo as variáveis sócio - demográficas. Ponta Grossa – PR, 2019.....   | 30 |
| Tabela 2 -  | Distribuição de respostas por dimensão - Trabalho em equipe dentro das unidades. Ponta Grossa – PR, 2019 .....  | 31 |
| Tabela 3 -  | Distribuição de respostas por dimensão - Ações e expectativas sobre meu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente. Ponta Grossa – PR, 2019 ..... | 32 |
| Tabela 4 -  | Distribuição de respostas por dimensão – Aprendizado organizacional e melhoria contínua. Ponta Grossa –PR, 2019 .....   | 33 |
| Tabela 5 -  | Distribuição de respostas por dimensão – Apoio da gestão para a segurança do paciente. Ponta Grossa – PR, 2019 .....  | 34 |
| Tabela 6 -  | Distribuição de respostas por dimensão – Percepção geral de segurança do paciente. Ponta Grossa – PR, 2019 .....  | 35 |
| Tabela 7 -  | Distribuição de respostas por dimensão – Retorno das informações e comunicação sobre o erro. Ponta Grossa – PR, 2019 .....  | 35 |
| Tabela 8 -  | Distribuição de respostas por dimensão – Abertura da comunicação. Ponta Grossa – PR, 2019 .....   | 36 |
| Tabela 9 -  | Distribuição de respostas por dimensão – Frequência de eventos notificados. Ponta Grossa – PR, 2019 .....   | 37 |
| Tabela 10 - | Distribuição de respostas por dimensão – Trabalho em equipe entre as unidades. Ponta Grossa – PR, 2019.....   | 38 |
| Tabela 11 - | Distribuição de respostas por dimensão – Adequação dos profissionais. Ponta Grossa – PR, 2019 .....   | 39 |
| Tabela 12 - | Distribuição de respostas por dimensão – Passagem de plantão, turnos e transferências internas. Ponta Grossa (PR) – 2019.....                                       | 40 |
| Tabela 13 - | Distribuição de respostas por dimensão – Resposta não punitiva aos erros. Ponta Grossa – PR, 2019 .....   | 41 |
| Tabela 14 - | Análise estatística descritiva dos escores de cada dimensão. Ponta Grossa – PR, 2019.....   | 44 |
| Tabela 15 - | Distribuição dos escores de cada dimensão por nível de escolaridade. Ponta Grossa – PR, 2019 .....  | 46 |

## LISTA DE ABREVIATURAS

|        |   |  |
|--------|---|--|
| ANVISA | – | Agência Nacional de Vigilância Sanitária           |
| AHRQ   | – | <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>  |
| CEP    | – | Comitê de Ética e Pesquisa                         |
| HSOPSC | – | <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>   |
| ICPS   | – | <i>International Patient Safety Classification</i> |
| IOM    | – | <i>Institute of Medicine</i>                       |
| IRAS   | – | Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde       |
| MS     | – | Ministério da Saúde                                |
| NQF    | – | <i>National Quality Forum</i>                      |
| NSP    | – | Núcleo de Segurança do Paciente                    |
| OMS    | – | Organização Mundial da Saúde                       |
| PNSP   | – | Plano Nacional de Segurança do Paciente            |
| RDC    | – | Resolução da Diretoria Colegiada                   |
| SUS    | – | Sistema Único de Saúde                             |
| TCLE   | – | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido         |
| UEPG   | – | Universidade Estadual de Ponta Grossa              |

## SUMÁRIO

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>12</b> |
| <b>2</b> | <b>OBJETIVOS .....</b>   | <b>14</b> |
| 2.1      | OBJETIVO GERAL .....   | 14        |
| 2.2      | OBJETIVO ESPECÍFICO .....  | 14        |
| <b>3</b> | <b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>  | <b>15</b> |
| 3.1      | QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE .....   | 15        |
| 3.2      | CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....   | 19        |
| <b>4</b> | <b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>  | <b>24</b> |
| <b>5</b> | <b>RESULTADOS .....</b>  | <b>29</b> |
| 5.1      | CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA .....  | 29        |
| 5.2      | DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO HOSPITAL .....  | 31        |
| 5.2.1    | Dimensão 1: “Trabalho em equipe dentro das unidades” .....   | 31        |
| 5.2.2    | Dimensão 2: Ações e expectativas sobre meu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente” ..... | 32        |
| 5.2.3    | Dimensão 3: “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” .....   | 33        |
| 5.2.4    | Dimensão 4: “Apoio da gestão para a segurança do paciente” .....   | 33        |
| 5.2.5    | Dimensão 5: “Percepção geral de segurança do paciente” .....   | 34        |
| 5.2.6    | Dimensão 6: “Retorno das informações e comunicação sobre erro” .....   | 35        |
| 5.2.7    | Dimensão 7: “Abertura da comunicação” .....  | 36        |
| 5.2.8    | Dimensão 8: “Frequência de eventos notificados” .....  | 36        |
| 5.2.9    | Dimensão 9: “Trabalho em equipe entre as unidades” .....   | 37        |
| 5.2.10   | Dimensão 10: “Adequação de profissionais” .....  | 38        |
| 5.2.11   | Dimensão 11: “Passagem de plantão, turnos e transferências internas” .....                                     | 39        |
| 5.2.12   | Dimensão 12: “Resposta não punitiva aos erros” .....   | 40        |
| 5.3      | NOTA DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....  | 41        |
| 5.4      | NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES .....  | 42        |
| 5.5      | DISTRIBUIÇÃO DA PORCENTAGEM DE RESPOSTAS POR DIMENSÃO .....  | 42        |
| 5.6      | ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS DIMENSÕES DE CULTURA DE SEGURANÇA .....  | 44        |
| 5.6.1    | Nível de escolaridade .....  | 45        |
| <b>6</b> | <b>DISCUSSÃO .....</b>   | <b>48</b> |
| <b>7</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | <b>57</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>58</b> |
| <b>APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>            | <b>64</b> |
| <b>ANEXO A: Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC) ...</b> | <b>65</b> |
| <b>ANEXO B: Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.....</b>    | <b>70</b> |
| <b>ANEXO C: Aprovação da instituição pesquisada.....</b>                       | <b>73</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente, tema de diversas discussões nos serviços de saúde e no meio científico nas últimas décadas, é entendida como a redução dos danos e riscos desnecessários a um mínimo aceitável. Porém, a ocorrência de danos aos pacientes no contexto hospitalar é uma realidade, devido a falhas que podem resultar em lesões permanentes, aumento no período de internação e até mesmo óbito (WHO, 2017).

A segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada são indicadores críticos dos serviços de saúde, por impactarem diretamente nos resultados obtidos e na recuperação do paciente (WHO, 2017). Com isso, observa-se a crescente preocupação dos gestores da saúde com a segurança do paciente e com a importância de buscar melhorias, que visem a redução de erros e a promoção de uma cultura de segurança que envolva todos os profissionais responsáveis pelo cuidado (BRASIL, 2017a).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017), as falhas mais frequentes estão relacionadas a procedimentos cirúrgicos (27%), seguido de erros de medicação (18,3%) e infecções relacionadas aos serviços de saúde (12,2%).

Estudo realizado envolvendo 27 países evidenciou mediana de 10% (intervalo de 2,9 – 21,9%) de pacientes afetados por, pelo menos, um evento adverso, com 7,3% de mediana (intervalo 0,6 – 30,0%) para eventos fatais e, destes, 51,2% (intervalo de 34,3 – 83%) foram considerados evitáveis. Esses dados confirmam estimativas anteriores de que um décimo de internações incluem eventos adversos, sendo metade deles considerados evitáveis (SCHWENDIMANN et al., 2018).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) divulgou, recentemente, um relatório que reúne dados de eventos notificados no Brasil, no período compreendido entre janeiro de 2014 a maio de 2019. Este documento aponta a ocorrência de 330.536 eventos notificados no sistema Notivisa, sendo que, destes, 8.506 trouxeram um dano considerado grave ao paciente e 1.694 resultaram em óbito (BRASIL, 2019).

Nesse aspecto, a cultura de segurança da instituição é um fator importante a ser analisado, pois ela reflete o comportamento e as atitudes dos profissionais de saúde (TONDO; GUIRARDELLO, 2017). Segundo o National Quality Forum (NQF,

2010), a promoção da cultura de segurança do paciente tem sido considerada uma das principais recomendações para promover a segurança nas instituições de assistência à saúde.

Instituições com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e pela confiança na efetividade de melhorias preventivas. A avaliação da cultura de segurança é considerada uma ferramenta de gestão que norteia as ações a serem implementadas para a melhoria contínua dos processos e o fortalecimento da segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004).

Existem diversas formas de mensurar a cultura de segurança do paciente nas instituições, sendo a avaliação por meio de questionários de autopreenchimento a metodologia mais empregada. Entre eles, o Hospital Survey Patient Safety Culture (HSOPSC) é o mais utilizado, por fornecer dados precisos sobre a cultura de segurança do paciente na instituição (REIS, 2013). Este instrumento foi desenvolvido pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos (SORRA; NIEVA, 2004) e posteriormente traduzido para o português e validado para uso nos hospitais brasileiros (REIS, 2013).

A complexidade do ser humano e os diversos problemas de saúde que atingem a população na atualidade impõem a necessidade de intervenções interdisciplinares, visto que um profissional isolado não consegue abranger todas as dimensões do cuidado, contribuindo assim para a assistência integral e de boa qualidade (MATOS; PIRES, 2009).

Reconhecendo a influência da cultura de segurança sobre os profissionais que compõem a equipe interdisciplinar, bem como da importância da sua avaliação, destaca-se a relevância deste estudo. Dessa forma, busca-se responder a seguinte questão: Qual a percepção dos profissionais da equipe de saúde sobre a cultura de segurança do paciente de um hospital universitário?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Avaliar aspectos relacionados à cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de saúde.

### **2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO**

- Identificar na instituição as áreas fortes, neutras e negativas da cultura de segurança, de acordo com as dimensões do instrumento.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente é uma das dimensões da qualidade dos serviços de saúde, sendo que qualidade e segurança são características indissociáveis (ALVES et al., 2017).

Define-se segurança do paciente como a redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência à saúde até o mínimo aceitável (WHO, 2017). Para Vicent (2009), a segurança do paciente é definida como “o ato de evitar, prevenir, e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico hospitalar”.

Diante dos diversos termos e conceitos referentes à segurança do paciente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a International Patient Safety Classification (ICPS), com o objetivo de padronizar as definições sobre o tema (BRASIL, 2014), descritas a seguir:

- **Segurança do paciente:** Reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;
- **Dano:** Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;
- **Risco:** Probabilidade de um incidente ocorrer;
- **Incidente:** Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;
- **Circunstância Notificável:** Incidente com potencial dano ou lesão;
- **Near miss:** Incidente que não atingiu o paciente;
- **Incidente sem lesão:** Incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos;
- **Evento Adverso:** Incidente que resulta em dano ao paciente.

O médico austríaco Ignaz Phillip Semmelweis e a enfermeira inglesa Florence Nightingale foram as primeiras referências a demonstrarem preocupação com a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. A implantação da prática de

higienização das mãos entre os profissionais e estudantes de medicina, por Semmelweis, contribuiu para uma redução expressiva no número de mortes de mulheres por febre puerperal. Florence revolucionou a enfermagem e também a forma de ensino desta profissão, propondo mudanças nos cuidados para a melhoria da segurança do paciente. Durante a guerra da Criméia, chefiou as primeiras equipes de enfermagem nos hospitais de campanha e, através de suas observações, introduziu alterações simples na higiene das mãos e alimentação dos soldados, reduzindo a taxa de infecções de 60% para 42,7%. Nas obras que publicou durante sua vida, a enfermeira afirmava que a estrutura e a organização dos hospitais influenciam diretamente na saúde e recuperação dos pacientes (SOUZA; MENDES, 2014).

Segundo Avedis Donabedian (1980), renomado estudioso da área, a qualidade em saúde é definida como aquela que promove o melhor cuidado e bem estar ao paciente, levando em consideração os riscos e benefícios existentes nessa prática. Segundo o mesmo autor (2003), a qualidade dos serviços de saúde é composta por diversos atributos, como: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade. Esses atributos, quando avaliados isoladamente ou em diferentes combinações, expressam a dimensão da qualidade dos serviços de saúde.

No modelo conhecido como a Tríade de Donabedian, a avaliação da qualidade é realizada através de indicadores representativos, que envolvem a estrutura, o processo e o resultado. A estrutura envolve as condições disponíveis para a prestação dos cuidados, como a área física, recursos humanos, materiais e financeiros, incluindo a capacitação dos profissionais, os protocolos existentes e a organização dos serviços. O processo representa as atividades relacionadas ao processo de cuidado, a definição do diagnóstico e recomendação do tratamento. O conceito de resultado refere-se aos efeitos do cuidado no estado de saúde dos pacientes (DONABEDIAN, 1988).

O marco histórico que despertou a preocupação com riscos associados à assistência em saúde se deu em 1999, com a publicação do relatório *To err is human: building a safer health system*, pelo Institute of Medicine (IOM). Este trabalho estimou a ocorrência de 44 a 98 mil mortes anualmente nos Estados Unidos, em virtude dos danos causados durante a prestação de cuidados, sendo metade destes considerados

evitáveis. Com relação aos custos adicionais desses eventos, estima-se que foram gastos, em média, de 17 a 29 bilhões de dólares (DUARTE et al., 2015).

Em 2001, a mesma instituição publicou o relatório denominado *Crossing the quality chasm*, que define a assistência à saúde de qualidade baseada em seis princípios: é segura, eficaz, centrada no paciente, eficiente, oportuna e equitativa. A partir deste relatório, a segurança passou a ser reconhecida como uma dimensão da qualidade e a ser tratada com prioridade (BRASIL, 2017b).

Em maio de 2002, a 55ª Assembleia Mundial de Saúde adotou a Resolução WHA 55.18 “Qualidade da atenção: segurança do paciente” e solicitou aos estados membros da OMS que direcionassem suas ações e práticas à segurança do paciente. Neste mesmo ano, a Anvisa criou a Rede Brasileira de Hospitais Sentinelas, com o objetivo de promover a notificação de eventos adversos e problemas técnicos relacionados à tecnovigilância, hemovigilância e farmacovigilância (BRASIL, 2017c).

Em 2004, dando continuidade a essas iniciativas, na 57ª Assembleia Mundial de Saúde, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de desenvolver políticas voltadas ao tema, por todos os países membros (MESQUITA et al., 2016).

O foco central de trabalho da Aliança foi a elaboração dos Desafios Globais, com o intuito de identificar e implantar ações que ajudem a reduzir riscos relacionados ao cuidado. O primeiro desafio da OMS no biênio 2005/2006 foi direcionado à prevenção e ao controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), com o tema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”. Já o período de 2007/2008 foi marcado pelo tema “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, com o objetivo de reduzir a mortalidade causada por intervenções cirúrgicas. Recentemente, em 2017, a OMS lançou o terceiro desafio, com o tema “Uso Seguro de Medicamentos” (BRASIL, 2017b).

Reconhecendo a importância do tema, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Anvisa, lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013a). O PNSP é dividido em quatro eixos: o estímulo a uma prática assistencial segura, o envolvimento do cidadão na sua segurança, a inclusão do tema no ensino e o incremento de pesquisas sobre o tema (BRASIL, 2014).

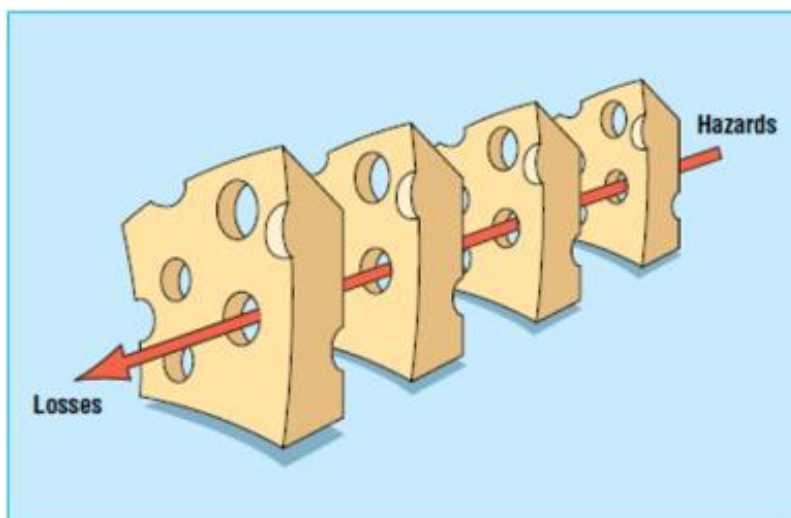
Visando regulamentar as ações em segurança, foi publicada pela Anvisa a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 de 25 de julho de 2013, que determinou a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nas instituições de saúde, a elaboração do plano de segurança do paciente, a implementação dos protocolos estabelecidos pelo MS e a obrigatoriedade da notificação e monitoramento de eventos adversos (BRASIL, 2013b). Foram publicados os protocolos básicos para a segurança do paciente, que estabelecem medidas de prevenção e redução dos eventos adversos e traduzem as seis metas internacionais publicadas pela OMS e *Joint Commission International*, sendo: identificação do paciente, prática de higiene das mãos, prevenção de lesão por pressão, prevenção de quedas, cirurgias segura e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (BRASIL, 2017c).

Eventos adversos ocorridos durante o internamento podem ocasionar lesões permanentes, aumento no tempo de internação ou consequências mais extremas como a morte. Entre os principais fatores contribuintes para o cuidado inseguro estão: dimensionamento de pessoal escasso, estruturas irregulares, superlotação dos serviços de saúde e equipamentos inadequados (WHO, 2017).

A ocorrência de falhas prejudica a qualidade do cuidado e traz impactos para a parte financeira das instituições. Estudo brasileiro que estimou os gastos das instituições com pacientes internados devido eventos adversos evitáveis e não evitáveis mostrou um aumento de 200% nos custos hospitalares, com tempo médio de permanência adicional de aproximadamente 28,3 dias (PORTO et al., 2010). Mendes et al. (2009) evidenciaram, em sua população pesquisada, a ocorrência de 7,6% de eventos adversos, sendo que 66,7% destes eram considerados evitáveis. Os eventos mais frequentes foram os relacionados a procedimentos cirúrgicos.

O mecanismo do comportamento humano, na ocorrência do erro, foi estudado por James Reason, que propôs a teoria do Queijo Suíço (Figura 1), representando as barreiras que devem ser criadas nas instituições para evitar as falhas e acidentes. Cada barreira é comparada a uma fatia do queijo suíço, portanto, para que o erro aconteça é necessário que várias barreiras falhem, atingindo o paciente (REASON, 2000).

Figura 1 - Teoria do Queijo Suíço de James Reason



Fonte: REASON (2000)

Reason (2000) afirma que o erro é uma consequência e não uma causa, podendo ser analisado de duas formas: a individual e a sistêmica. A primeira se refere aos atos inseguros praticados pelo indivíduo e a segunda parte do princípio de que o ser humano é falível, portanto os erros são esperados e para que eles não aconteçam, barreiras devem ser criadas.

Neste sentido, diante da ocorrência de um evento adverso, é necessário procurar as causas e por que as barreiras falharam, e não descobrir quem cometeu o erro. Erros devem ser utilizados como uma oportunidade de aprendizado e melhorias para a segurança do paciente, e não abordados de maneira punitiva (VICENT; AMALBERTI, 2016).

Diante disso, ressalta-se a importância da atuação da equipe interdisciplinar na disseminação de uma cultura de segurança do paciente, proativa e não punitiva, de modo que os potenciais erros possam ser identificados e tratados. Isso garante que a assistência à saúde seja realizada de forma integral, pautada nas diretrizes, contribuindo com a redução dos custos dos serviços de saúde relacionados a eventos adversos (CLARO et al., 2011; ALVES et al., 2017).

### 3.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Melhorias na segurança do paciente são consolidadas quando as instituições de saúde estabelecem e implementam uma cultura de segurança (BRASIL, 2017b). As questões culturais podem ser consideradas como empecilhos para as mudanças

necessárias dentro da instituição, principalmente nas relacionadas à segurança do paciente. Portanto, conhecer as características da cultura de segurança da instituição é um fator essencial para a implantação de melhorias nas áreas necessárias (GONÇALVES FILHO; ANDRADE; MARINO, 2011).

O termo cultura de segurança difundiu-se após o acidente nuclear de Chernobyl, em 1986, considerado o pior acidente da história ocorrido com energia nuclear. Segundo a *International Atomic Energy Agency*, uma “cultura de segurança fraca” foi apontada como principal causa do acidente. Outros dois graves acidentes que ocorreram, o *Piper Alpha* e o *King Kross*, consideraram as falhas humanas, administrativas, organizacionais e de cultura de segurança os principais fatores contribuintes para a ocorrência deles. A partir destes eventos, a cultura de segurança passou a ser discutida por diversas indústrias de alto risco, como a aviação, energia nuclear, de óleo e gás (REIS, 2013).

A RDC nº 36, no Art. 3º, define cultura de segurança como:

Conjunto de valores, atitudes, competências, e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Diante dessa definição, observa-se que a cultura de segurança do paciente é um termo multifatorial, que visa promover um ambiente com uma cultura não punitiva, que incentiva a comunicação, a notificação de eventos adversos, apoia o aprendizado e o desenvolvimento de mudanças necessárias (TIMM; RODRIGUES, 2016).

Na Portaria nº 529/ 2013, Art. 4º, o conceito é definido em cinco características:

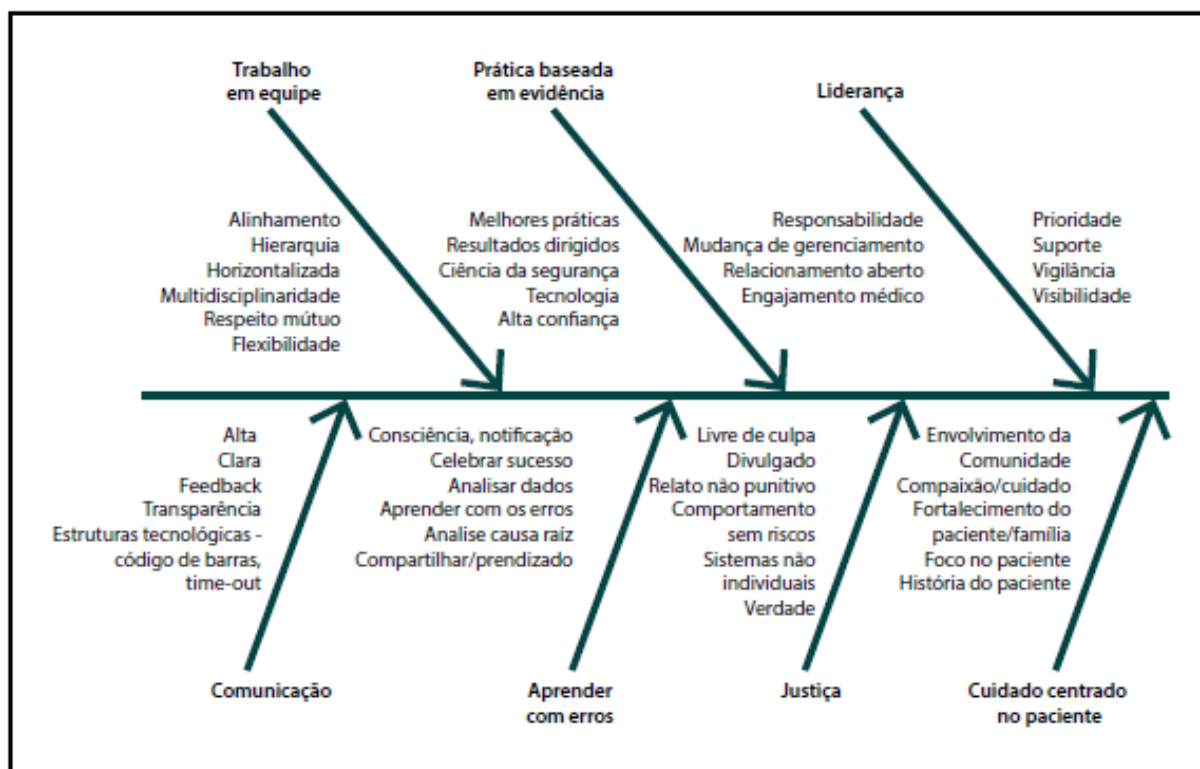
Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; a partir da ocorrência de incidentes promove o aprendizado organizacional; propicia recurso, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança. (BRASIL, 2013)

Hudson (2003) descreve que a cultura de segurança do paciente passa por cinco níveis de maturidade dentro da instituição, sendo:

- **Patológica:** não há ações de segurança na instituição, procura-se apenas atender a legislação. A segurança é um problema causado pelos trabalhadores;
- **Reativa:** ações corretivas são tomadas após a ocorrência de incidentes, buscando dar respostas aos acidentes para remediar a situação. A segurança passa a ser vista com mais seriedade;
- **Calculada:** a segurança é gerenciada administrativamente, realizam a gestão de riscos através da coleta de dados; melhorias são impostas pelos gerentes;
- **Proativa:** é a transição para o estágio de fortalecimento da cultura de segurança, funcionários da organização passam a tomar iniciativas para a melhoria da segurança, procura-se agir antes da ocorrência dos incidentes, ocorre a melhoria dos processos;
- **Participativa:** existe um sistema integrado que busca melhorias contínuas, ocorre a participação ativa dos funcionários de todos os níveis; a segurança é vista como parte inerente ao negócio.

Em um estudo de revisão e meta-análise, Sammer (2010) e seus colaboradores buscaram na literatura estudos que apontavam a importância das crenças, atitudes e comportamentos que compõem a cultura de segurança dos hospitais. Foram identificadas diversas propriedades, as quais foram organizadas em sete subculturas, conforme se observa a seguir na figura 2.

Figura 2 - Tipologia da cultura de segurança



Fonte: Brasil, 2017a. Adaptada de: Sammer et al. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. *Jornal Nursing Scholarship*, nº 42, p. 2, 156-165, 2010.

- **Trabalho em equipe:** o espírito de coleguismo, colaboração e cooperação deve existir entre todos os membros da equipe. Os relacionamentos devem ser abertos, respeitosos e flexíveis.
- **Prática baseada em evidências:** a prática do cuidado ao paciente deve ser baseada em evidências. Organizações de saúde que trabalham com processos padronizados, protocolos, listas de verificação e diretrizes, demonstram sua preocupação em desenvolver práticas seguras.
- **Liderança:** os líderes devem reconhecer que o ambiente de saúde é de alto risco e buscar alinhar a visão, missão, competência da equipe, recursos humanos e legais da profissão dos que estão na linha de frente de cuidado até a diretoria. Segundo os autores o engajamento dos líderes é o ponto chave para a promoção da cultura de segurança.
- **Comunicação:** uma linguagem clara, estruturada, com técnicas adequadas de comunicação são fundamentais para a cultura de



segurança. Os profissionais devem ser ouvidos e reconhecidos pelos seus gestores, a prática do *feedback* é importante para a criação de laços e fortalecimento da confiança. A comunicação inclui a ferramenta adotada para a passagem de informações entre plantões e unidades.

- **Aprender com os erros:** a instituição deve olhar para os erros como uma oportunidade de melhorar seu desempenho. Deve-se promover uma cultura de aprendizagem, o entendimento sobre segurança, o que significa ser uma instituição de confiança, e qual o valor da cultura de segurança e dos processos de melhoria.
- **Justiça:** uma cultura justa reconhece os erros como falhas no sistema, ao invés de falhas individuais, e ao mesmo tempo, não deixa de responsabilizar os indivíduos por suas ações quando estas fogem dos protocolos estabelecidos.
- **Cuidado centrado no paciente:** o cuidado deve ser centrado no paciente e deve-se envolver sua família nesse processo.

O primeiro passo para estabelecer uma cultura de segurança, é avaliar a situação corrente da instituição referente ao tema. Assim, permite-se identificar e gerenciar as áreas problemáticas, percepções e comportamentos contribuintes para o cuidado inseguro, através do relato dos funcionários (SORRA; NIEVA, 2004). Segundo esses autores, a avaliação da cultura de segurança pode ter diversas finalidades: o diagnóstico da cultura de segurança e a conscientização dos funcionários acerca do tema; a avaliação de intervenções para a segurança do paciente implementadas na organização e o acompanhamento de mudanças ao longo do tempo; a comparação com dados de referência internos e externos a organização e a verificação do cumprimento de necessidades regulatórias.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. Realizado em um hospital universitário de média e alta complexidade, localizado na região central dos Campos Gerais que atualmente conta com 168 de leitos para atendimentos exclusivos do Sistema Único de Saúde (SUS).

O estudo foi realizado com os funcionários da equipe interdisciplinar de saúde, envolvendo profissionais das seguintes categorias: técnico de enfermagem, enfermagem, medicina, odontologia, farmácia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social e os residentes das respectivas áreas. Sendo incluídos os profissionais que atuam diretamente na área assistencial ao cuidado, bem como os que desempenham funções de gerentes e coordenadores das equipes.

O número total de funcionários na instituição no momento do cálculo da amostra era de 932 profissionais, sendo 404 de nível técnico, 383 de nível superior e 145 residentes, de acordo com os dados fornecidos pelo setor de recursos humanos do hospital em janeiro de 2019.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado pelo método de amostragem aleatória simples com 95% de confiança e 5% de precisão para o total dos 932 profissionais. Desta forma, obteve-se um n mínimo de 272 profissionais.

Foram adotados como critérios de inclusão, os profissionais da equipe que estavam presentes em um dos turnos de trabalho durante o período da coleta de dados e que aceitasse participar da pesquisa. Foram excluídos os profissionais dos serviços de apoio, como administrativo, higienização e segurança, por se tratar de funcionários terceirizados e que apresentam uma alta rotatividade dentro da instituição.

Os dados foram coletados por meio da aplicação do questionário HSOPSC, (Anexo A). O instrumento possui 42 itens no total, que são respondidos por meio de uma escala de 5 pontos do tipo *Likert*, que expressa o grau de concordância: de “discordo fortemente” (1) a “concordo fortemente” (5). Outros itens são respondidos com uma escala de frequência: de “nunca” (1) a “sempre” (5).

Os itens do instrumento são divididos em 12 dimensões, que avaliam alguns aspectos relacionados à cultura de segurança (REIS, 2013), conforme demonstrado a seguir:

- **Trabalho em equipe dentro das unidades:** define se os funcionários apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe.
- **Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/ gerentes:** avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos funcionários para melhorar a segurança do paciente; reconhece a participação dos funcionários para procedimentos de melhora da segurança do paciente.
- **Aprendizado organizacional e melhoria contínua:** avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e a avalia a efetividade das mudanças ocorridas.
- **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.
- **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 nos hospitais.
- **Retorno das informações e da comunicação sobre erro:** avalia a percepção dos funcionários no hospital se eles notificam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias para evitar erros no futuro.
- **Abertura da comunicação:** avalia se os funcionários do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem livres para questionar os funcionários que possuem maior autoridade.
- **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 afetassem o paciente.
- **Trabalho em equipe entre as unidades:** avalia se as unidades do hospital cooperam e coordenam-se entre si para prover um cuidado de

alta qualidade para os pacientes.

- **Adequação de profissionais:** avalia se os funcionários são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.
- **Passagens 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 ou de turno.
- **Respostas não punitiva aos erros:** avalia como os funcionários se sentem em relação aos seus erros, se eles pensam que os erros cometidos por eles possam ser usados contra eles e mantidos em suas fichas funcionais.

O instrumento também possui questões relacionadas às características gerais dos participantes, como idade, sexo, profissão, grau de instrução, tempo de experiência profissional, tempo de serviço no hospital e na unidade, carga horária semanal e se possui contato direto com pacientes.

A coleta de dados aconteceu entre os meses de janeiro a março de 2019. Inicialmente, foi realizado contato com a enfermeira coordenadora do NSP para apresentação do estudo e os procedimentos necessários para a aplicação do questionário. Posteriormente, os profissionais foram abordados em seus setores, durante seu período de trabalho e convidados a participar do estudo, explicando os objetivos da pesquisa e a importância da participação deles.

Para os profissionais que aceitavam participar do estudo, foram entregues duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma via de posse do participante e outra da pesquisadora. Em seguida, foi entregue uma cópia impressa do instrumento e orientado o participante sobre o preenchimento do questionário. A pesquisadora aguardava no setor e recolhia, em seguida, os questionários respondidos.

Em casos nos quais havia impossibilidade de os funcionários participarem do estudo naquele momento, a responsável pela coleta retornava em outro momento oportuno. Foram abordados os profissionais das diferentes categorias incluídas no estudo, em todos os turnos de trabalho, compreendendo funcionários do período diurno e noturno.

As variáveis foram analisadas de maneira descritiva com frequência simples, inicialmente as sociodemográficas e, posteriormente, as variáveis de cada seção. As variáveis das seções foram analisadas de duas formas: frequências das respostas em cada um dos itens do questionário e o total de frequências das respostas positivas, negativas e neutras.

As respostas foram classificadas conforme recomenda Sorra e Nieva (2004):

- **Respostas positivas:** respostas onde foram assinaladas as opções 4 ou 5 (concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre) para itens formulados de forma positiva em relação à segurança do paciente, ou as opções 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) nas perguntas formuladas negativamente.
- **Respostas neutras:** respostas onde foram assinaladas a opção 3 (nem concordo, nem discordo ou às vezes) para qualquer pergunta.
- **Respostas negativas:** respostas onde foram assinaladas as opções 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) para itens formulados de forma positiva em relação à segurança do paciente, ou as opções 4 ou 5 (concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre) nas perguntas formuladas negativamente.

As dimensões avaliadas para a segurança do paciente foram classificadas conforme orienta Sorra e Nieva (2004):

- **Áreas fortes para a segurança do paciente:** dimensões que apresentaram percentuais de respostas positivas acima de 75%;
- **Áreas neutras para a segurança do paciente:** dimensões que apresentaram percentuais de respostas positivas acima 50% e inferiores a 75%;
- **Áreas frágeis para a segurança do paciente:** dimensões que apresentaram percentuais de resposta positiva inferior a 50%.

As variáveis nas seções foram divididas de acordo com as dimensões propostas pelo instrumento e a análise descritiva foi realizada com média, mediana, desvio padrão e percentil 25-75%.

Para avaliar as diferenças entre os níveis de escolaridade em cada dimensão, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis e U de Mann-withney, abordagens não

paramétricas, dados que se trata de variáveis ordinais (escalas). Os testes foram considerados significativos quanto  $p < 0,05$ .

Para melhor visualização dos dados, foi produzido gráficos do tipo boxplot para cada dimensão e para cada agrupamento testado.

Os dados foram processados em banco de dados do Programa Microsoft Excel, versão 2010. As análises foram realizadas no SPSS 20.0 (IBM, 2011).

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), com o Parecer número 3.067.232 (Anexo B) e também pela direção do hospital estudado (Anexo C). Todos os participantes assinaram o TCLE (Apêndice A), onde constam objetivos, riscos e benefícios do estudo, bem como garante o sigilo das informações dos participantes.

## 5 RESULTADOS

Aceitaram participar da pesquisa 302 funcionários de distintas áreas do hospital. Destes, foram excluídos 19 questionários, por apresentarem itens não respondidos ou apresentarem a mesma resposta em todos os itens. Foram, então, considerados 283 questionários válidos.

### 5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA

Com relação às características gerais dos participantes do estudo, houve predominância do sexo feminino, com 87,3%. Quanto ao grau de instrução, a maior parte dos respondentes afirmou ter o ensino médio completo (44,9%), seguido de pós-graduação em nível de especialização (26,9%).

Observa-se na Tabela 1 que 88,3% dos participantes possui contato direto com a assistência ao paciente. Com relação à unidade de trabalho, a maior participação foi dos profissionais da Unidade de terapia intensiva (UTI) adulto, com 21,9%. Destaca-se que 8,1% afirmaram trabalhar em diversas unidades do hospital, característica de muitos profissionais que devem atuar de forma interdisciplinar em diferentes setores de um ambiente de saúde.

Com relação às categorias profissionais, aquelas relacionadas à enfermagem, obtiveram maior participação, sendo 59,4% técnicos de enfermagem e 12,7% enfermeiros. A média de tempo que eles trabalham na profissão foi de 7,8 anos, com mediana de 6 anos.

Quanto ao tempo atuação no hospital, 53,4% possuem de 1 a 5 anos de trabalho na instituição e 56,5% afirmaram estar de 1 a 5 anos na atual unidade de trabalho. Sobre a carga horária semanal 83% executam de 40 a 59 horas semanais.

Tabela 1 - Características gerais da amostra segundo as variáveis sócio-demográficas. Ponta Grossa – PR, 2019

| <b>Variáveis</b>              |                                     | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------|-------------------------------------|----------|----------|
| <b>Sexo</b>                   | Feminino                            | 247      | 87,3     |
|                               | Masculino                           | 36       | 12,7     |
|                               | Total                               | 283      | 100      |
| <b>Grau de Instrução</b>      | Ensino Médio Completo               | 127      | 44,9     |
|                               | Ensino Superior Incompleto          | 29       | 10,2     |
|                               | Ensino Superior Completo            | 43       | 15,2     |
|                               | Pós Graduação (Especialização)      | 76       | 26,9     |
|                               | Pós Graduação (Mestrado/ Doutorado) | 8        | 2,8      |
|                               | Total                               | 283      | 100      |
| <b>Contato com o paciente</b> | Sim                                 | 250      | 88,3     |
|                               | Não                                 | 33       | 11,7     |
|                               | Total                               | 283      | 100      |
| <b>Unidade de trabalho</b>    | Central de materiais                | 22       | 7,8      |
|                               | Centro cirúrgico                    | 15       | 5,3      |
|                               | Centro obstétrico                   | 22       | 7,8      |
|                               | Clínica cirúrgica                   | 21       | 7,4      |
|                               | Clínica médica                      | 17       | 6        |
|                               | Clínica pediátrica                  | 9        | 3,2      |
|                               | Diversas unidades                   | 23       | 8,1      |
|                               | Farmácia                            | 9        | 3,2      |
|                               | Maternidade                         | 26       | 9,2      |
|                               | Setor de emergência                 | 12       | 4,2      |
|                               | Setor de imagem                     | 13       | 4,6      |
|                               | UTI adulto                          | 62       | 21,9     |
|                               | UTI neonatal e pediátrica           | 32       | 11,3     |
|                               | Total                               | 283      | 100      |
| <b>Cargo/função</b>           | Assistente Social                   | 4        | 1,4      |
|                               | Enfermeiro                          | 36       | 12,7     |
|                               | Farmacêutico                        | 9        | 3,2      |
|                               | Fisioterapeuta                      | 11       | 3,9      |
|                               | Fonoaudiólogo                       | 7        | 2,5      |
|                               | Médico do corpo clínico             | 3        | 1,1      |
|                               | Médico residente                    | 3        | 1,1      |
|                               | Nutricionista                       | 7        | 2,5      |
|                               | Odontólogo                          | 3        | 1,1      |
|                               | Psicólogo                           | 1        | 0,4      |
|                               | Residente multiprofissional         | 31       | 11       |
|                               | Técnico de enfermagem               | 168      | 59,4     |
|                               |                                     | Total    | 283      |
| <b>Tempo de hospital</b>      | De 1 a 5 anos                       | 151      | 53,4     |
|                               | De 6 a 10 anos                      | 43       | 15,2     |
|                               | Menos de 1 ano                      | 89       | 31,4     |
|                               | Total                               | 283      | 100      |
| <b>Tempo de unidade</b>       | De 1 a 5 anos                       | 160      | 56,5     |
|                               | De 6 a 10 anos                      | 33       | 11,7     |
|                               | Menos de 1 ano                      | 90       | 31,8     |
|                               | Total                               | 283      | 100      |
| <b>Carga horária semanal</b>  | 20 a 39h/semana                     | 21       | 7,4      |
|                               | 40 a 59h/semana                     | 235      | 83       |
|                               | 60 a 79h/semana                     | 27       | 9,5      |
|                               | Total                               | 283      | 100      |

Fonte: A autora



## 5.2 DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO HOSPITAL

A seguir, serão apresentados os resultados das análises das respostas de cada item do questionário, divididas conforme as dimensões propostas pelo instrumento.

### 5.2.1 Dimensão 1: “Trabalho em equipe dentro das unidades”

Essa dimensão avaliou o trabalho em equipe entre os colaboradores da mesma unidade hospitalar. No item A1: *“Nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras”*, 59,8% afirmaram que concordam e 10,5% concordam totalmente, demonstrando uma boa relação entre os membros da equipe, o que se confirma no item A3: *“Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente”*, em que 61,1% concordam e 19,1% concordam totalmente com a questão (Tabela 2).

Os itens A4: *“Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito”* e A11: *“Quando uma área dessa unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam”* também apresentaram percentuais de respostas positivas, em que 61,1% e 53% concordam e 21,6% e 7,4 % concordam totalmente, respectivamente.

Tabela 2 - Distribuição de respostas por dimensão - Trabalho em equipe dentro das unidades. Ponta Grossa – PR, 2019

| Itens  | 1            | 2             | 3             | 4              | 5             |
|--|--------------|---------------|---------------|----------------|---------------|
|  | N %          | N %           | N %           | N %            | N %           |
| A1. Nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras   | 4<br>(1,4%)  | 15<br>(5,3%)  | 66<br>(22,3%) | 168<br>(59,8%) | 30<br>(10,5%) |
| A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente | 3<br>(1,1%)  | 13<br>(4,59%) | 40<br>(14,1%) | 173<br>(61,1%) | 54<br>(19,1%) |
| A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito   | 2<br>(0,7%)  | 11<br>(3,89%) | 36<br>(12,7%) | 173<br>(61,1%) | 61<br>(21,6%) |
| A11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam           | 18<br>(6,4%) | 42<br>(14,8%) | 52<br>(18,4%) | 150<br>(53%)   | 21<br>(7,4%)  |

\*1: discordo totalmente/ 2: discordo/ 3: nem concordo, nem discordo/ 4: concordo/ 5: concordo totalmente

Fonte: A autora

### 5.2.2 Dimensão 2: Ações e expectativas sobre meu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente”

Quando questionados sobre as ações dos seus supervisores/chefes, no item B1: “*O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente*” apresentou concordância (concordo ou concordo totalmente) em 55,9% das respostas, como apresentado na Tabela 3.

O item B2: “*O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente*” traz resultados satisfatórios, em que 58,7% concordam e 13,1% concordam totalmente com a questão.

No item reverso B3: “*Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”*”, um total de 77,4% participantes discordam ou discordam totalmente. Já no item B4: “*O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente*”, 85,5% das respostas estiveram entre discordo ou discordo totalmente.

Tabela 3 - Distribuição de respostas por dimensão - Ações e expectativas sobre meu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente. Ponta Grossa – PR, 2019

| Itens   | 1             | 2              | 3             | 4              | 5             |
|---|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
|   | N %           | N %            | N %           | N %            | N %           |
| B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente | 19<br>(6,7)   | 46<br>(16,3)   | 60<br>(21,2)  | 136<br>(48,1%) | 22<br>(7,8%)  |
| B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente       | 8<br>(2,8%)   | 23<br>(8,1%)   | 49<br>(17,3%) | 166<br>(58,7%) | 37<br>(13,1%) |
| B3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”         | 47<br>(16,6%) | 172<br>(60,8%) | 46<br>(16,3%) | 16<br>(5,7%)   | 2<br>(0,7%)   |
| B4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente                 | 66<br>(23,3%) | 176<br>(62,2%) | 25<br>(8,8%)  | 11<br>(3,9%)   | 5<br>(1,8%)   |

\*1: discordo totalmente/ 2: discordo/ 3: nem concordo, nem discordo/ 4: concordo/ 5: concordo totalmente Fonte: A autora

### 5.2.3 Dimensão 3: “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”

No primeiro item desta dimensão, A6: *“Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”*, observa-se na Tabela 4 que 62,9% concordam e 27,6% concordam totalmente. A seguir, o item A9: *“Erros têm levado a mudanças positivas por aqui”* obteve 73,5% de concordância (concordo ou concordo totalmente).

Grande parte dos respondentes afirma concordar (58,7%) e concordar totalmente (11%) com o item A13: *“Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade”*. Porém, nesse item observa-se que 22,3% dos participantes afirmaram nem concordar, nem discordar com a questão.

Tabela 4 - Distribuição de respostas por dimensão – Aprendizado organizacional e melhoria contínua. Ponta Grossa –PR, 2019

| Itens  | 1           | 2             | 3             | 4              | 5             |
|--|-------------|---------------|---------------|----------------|---------------|
|  | N %         | N %           | N %           | N %            | N %           |
| A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente                      | 0<br>(0%)   | 5<br>(1,77%)  | 22<br>(7,8%)  | 178<br>(62,9%) | 78<br>(27,6%) |
| A9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui   | 5<br>(1,8%) | 21<br>(7,42%) | 49<br>(17,3%) | 169<br>(59,7%) | 39<br>(13,8%) |
| A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade | 2<br>(0,7%) | 21<br>(7,42%) | 63<br>(22,3%) | 166<br>(58,7%) | 31<br>(11%)   |

\*1: discordo totalmente/ 2: discordo/ 3: nem concordo, nem discordo/ 4: concordo/ 5: concordo totalmente

Fonte: A autora

### 5.2.4 Dimensão 4: “Apoio da gestão para a segurança do paciente”

As respostas positivas predominaram no item F1: *“A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente”* onde 66,4% concordam e 15,5% concordam totalmente com a afirmação (Tabela 5). O item F8: *“As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade fundamental”* também apresentou respostas positivas (concordo e concordo totalmente) com 55,8% e 20,8% respectivamente.

Tabela 5 - Distribuição de respostas por dimensão – Apoio da gestão para a segurança do paciente. Ponta Grossa – PR, 2019

| Itens   | 1            | 2              | 3             | 4              | 5             |
|---|--------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
|   | N %          | N %            | N %           | N %            | N %           |
| F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente                 | 2<br>(0,7%)  | 11<br>(3,9%)   | 38<br>(13,4%) | 188<br>(66,4%) | 44<br>(15,5%) |
| F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade fundamental     | 1<br>(0,4%)  | 15<br>(5,3%)   | 50<br>(17,7%) | 158<br>(55,8%) | 59<br>(20,8%) |
| F9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso | 28<br>(9,9%) | 139<br>(49,1%) | 50<br>(17,7%) | 53<br>(18,7%)  | 13<br>(4,6%)  |

\*1: discordo totalmente/ 2: discordo/ 3: nem concordo, nem discordo/ 4: concordo/ 5: concordo totalmente

Fonte: A autora

No entanto, o item F9: *“A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso”* apresentou respostas mais dispersas que os itens anteriores. As alternativas discordo ou discordo totalmente apresentaram 59% das respostas, 23,3% dos participantes concordam ou concordam totalmente e 17,7% nem concordam, nem discordam da afirmativa.

#### 5.2.5 Dimensão 5: “Percepção geral de segurança do paciente”

Nesta dimensão (Tabela 6), os itens reversos A10: *“É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui”* e A17: *“Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente”* apresentaram 59,7% e 51,3%, respectivamente, de respostas positivas (discordo ou discordo totalmente).

Apenas 51,3% dos participantes concordaram (concordo ou concordo totalmente) com o item A15: *“A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída”*. O item A18: *“Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros”* obteve 70,7% de respostas positivas (concordo ou concordo totalmente)

Tabela 6 - Distribuição de respostas por dimensão – Percepção geral de segurança do paciente. Ponta Grossa – PR, 2019

| Itens  | 1             | 2              | 3             | 4              | 5             |
|--|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
|  | N %           | N %            | N %           | N %            | N %           |
| A10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui  | 43<br>(15,2%) | 126<br>(44,5%) | 62<br>(21,9%) | 51<br>(18%)    | 1<br>(0,4%)   |
| A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída | 10<br>(3,5%)  | 74<br>(26,1%)  | 54<br>(19,1%) | 121<br>(42,8%) | 24<br>(8,5%)  |
| A17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente  | 22<br>(7,8%)  | 123<br>(43,5%) | 69<br>(24,4%) | 63<br>(22,3%)  | 6<br>(2,1%)   |
| A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros                    | 3<br>(1,1%)   | 27<br>(9,54%)  | 53<br>(18,7%) | 164<br>(58%)   | 36<br>(12,7%) |

\*1: discordo totalmente/ 2: discordo/ 3: nem concordo, nem discordo/ 4: concordo/ 5: concordo totalmente

Fonte: A autora

### 5.2.6 Dimensão 6: “Retorno das informações e comunicação sobre erro”

Observa-se na Tabela 7 o item C1: “*Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos*”, em que 52,7% apontam que quase sempre ou sempre recebem as informações e 32,2% relatam que às vezes tais informações são repassadas. No item C3: “*Nós somos informados sobre os erros que acontecem nessa unidade*”, 70,3% dos participantes afirmaram que quase sempre ou sempre recebem informações sobre seus erros.

Quanto ao item C5: “*Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente*”, 75,9% dos participantes responderam que quase sempre ou sempre essas discussões são realizadas em suas unidades de trabalho.

Tabela 7 - Distribuição de respostas por dimensão – Retorno das informações e comunicação sobre o erro. Ponta Grossa – PR, 2019

| Itens  | 1            | 2            | 3             | 4              | 5              |
|--|--------------|--------------|---------------|----------------|----------------|
|  | N %          | N %          | N %           | N %            | N %            |
| C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos | 12<br>(4,2%) | 31<br>(11%)  | 91<br>(32,2%) | 91<br>(32,2%)  | 58<br>(20,5%)  |
| C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade                          | 5<br>(1,8%)  | 22<br>(7,8%) | 57<br>(20,1%) | 89<br>(31,4%)  | 110<br>(38,9%) |
| C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente  | 1<br>(0,4%)  | 16<br>(5,7%) | 51<br>(18%)   | 100<br>(35,3%) | 115<br>(40,6%) |

\*1: nunca/ 2: raramente/ 3: às vezes/ 4: quase sempre/ 5: sempre.

Fonte: A autora

### 5.2.7 Dimensão 7: “Abertura da comunicação”

Com relação à abertura de comunicação, (Tabela 8) no item C2: “Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente”, 75% dos participantes afirmam que sempre ou quase sempre têm a liberdade para apontar situações que possam afetar o paciente. Sobre o item C4: “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores”, apenas 43,1% relatam que sempre ou quase sempre e 31,8% relatam que às vezes sentem-se à vontade para questionar funcionários de maior autoridade.

No item C6: “Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo”, 14,8% afirmam nunca ter receio, 37,5% raramente e 31,1% dos participantes relatam ter receio às vezes.

Tabela 8 - Distribuição de respostas por dimensão – Abertura da comunicação. Ponta Grossa – PR, 2019

| Itens   | 1             | 2              | 3             | 4             | 5              |
|---|---------------|----------------|---------------|---------------|----------------|
|   | N %           | N %            | N %           | N %           | N %            |
| C2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente | 7<br>(2,5%)   | 9<br>(3,2%)    | 55<br>(19,4%) | 91<br>(32,2%) | 121<br>(42,8%) |
| C4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores             | 28<br>(9,9%)  | 43<br>(15,2%)  | 90<br>(31,8%) | 93<br>(32,9%) | 29<br>(10,2%)  |
| C6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo                              | 42<br>(14,8%) | 106<br>(37,5%) | 88<br>(31,1%) | 31<br>(11%)   | 16<br>(5,7%)   |

\*1: nunca/ 2: raramente/ 3: às vezes/ 4: quase sempre/ 5: sempre.

Fonte: A autora

### 5.2.8 Dimensão 8: “Frequência de eventos notificados”

Na Tabela 9, observa-se as respostas apresentadas ao item D1: “Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?”, em que a maioria dos profissionais (46,6%) afirma que sempre ou quase sempre notificam esses eventos, 25,8% às vezes e 27,6% que nunca ou raramente realizam notificação desses eventos.

Tabela 9 - Distribuição de respostas por dimensão – Frequência de eventos notificados. Ponta Grossa – PR, 2019

| Itens   | 1            | 2             | 3             | 4             | 5              |
|---|--------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
|   | N %          | N %           | N %           | N %           | N %            |
| D1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado? | 26<br>(9,2%) | 52<br>(18,4%) | 73<br>(25,8%) | 68<br>(24%)   | 64<br>(22,6%)  |
| D2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?                       | 11<br>(3,9%) | 47<br>(16,6%) | 83<br>(29,3%) | 78<br>(27,6%) | 64<br>(22,6%)  |
| D3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?        | 8<br>(2,8%)  | 23<br>(8,1%)  | 67<br>(23,7%) | 81<br>(28,6%) | 104<br>(36,7%) |

\*1: nunca/ 2: raramente/ 3: às vezes/ 4: quase sempre/ 5: sempre

Fonte: A autora

O item D2: *“Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?”* apresentou 50,2% de respostas para as alternativas sempre ou quase sempre, 29,3% às vezes e 20,5% para as alternativas nunca ou raramente.

Neste mesmo sentido, no item D3: *“Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?”*, 65,6% dos participantes afirmaram sempre ou quase sempre relatar tais eventos, 23,7% às vezes e 10,9% nunca ou raramente relatam.

#### 5.2.9 Dimensão 9: “Trabalho em equipe entre as unidades”

Complementando a primeira dimensão que analisa o trabalho em equipe na unidade, esta dimensão aborda o trabalho em equipe entre as diferentes unidades do hospital (Tabela 10). No item F2: *“As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si”*, observa-se a proximidade entre a discordância (discordo ou discordo totalmente) e concordância (concordo ou concordo totalmente) dos profissionais com o item, em que se obteve 37,1% e 29,3% das respostas, respectivamente. Contudo, o item F4: *“Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto”* apresentou, na sua maioria (46,7%), respostas positivas de concordo ou concordo totalmente.

Tabela 10 - Distribuição de respostas por dimensão – Trabalho em equipe entre as unidades. Ponta Grossa – PR, 2019

| Itens  | 1            | 2              | 3             | 4              | 5            |
|--|--------------|----------------|---------------|----------------|--------------|
|  | N %          | N %            | N %           | N %            | N %          |
| F2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si                                     | 14<br>(4,9%) | 91<br>(32,2%)  | 95<br>(33,6%) | 70<br>(24,7%)  | 13<br>(4,6%) |
| F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto         | 17<br>(6%)   | 52<br>(18,4%)  | 82<br>(29%)   | 121<br>(42,8%) | 11<br>(3,9%) |
| F6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital         | 21<br>(7,4%) | 134<br>(43,7%) | 66<br>(23,3%) | 49<br>(17,3%)  | 13<br>(4,6%) |
| F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes | 3<br>(1,1%)  | 32<br>(11,3%)  | 70<br>(24,7%) | 152<br>(53,7%) | 26<br>(9,2%) |

\*1: discordo totalmente/ 2: discordo/ 3: nem concordo, nem discordo/ 4: concordo/ 5: concordo totalmente

Fonte: A autora

Sobre o item reverso F6: “*Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital*”, 51,1% demonstraram discordância (discordo ou discordo totalmente) da alternativa. Com relação ao item F10: “*As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes*”, 62,9% dos participantes concordam ou concordam totalmente que há um bom relacionamento entre as unidades.

#### 5.2.10 Dimensão 10: “Adequação de profissionais”

A respeito da adequação de profissionais (Tabela 11), o item A2: “*Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho*” apresentou 67,5% de respostas positivas (concordo ou concordo totalmente). A seguir, no item A5: “*Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente*”, 46,3% dos participantes discordam ou discordam totalmente e 32,9% nem concordam, nem discordam da afirmativa.



Tabela 11 - Distribuição de respostas por dimensão – Adequação dos profissionais. Ponta Grossa – PR, 2019

| Itens   | 1            | 2              | 3             | 4              | 5             |
|---|--------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
|   | N %          | N %            | N %           | N %            | N %           |
| A2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho  | 4<br>(1,4%)  | 40<br>(14,1%)  | 48<br>(17%)   | 141<br>(49,8%) | 50<br>(17,7%) |
| A5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente        | 31<br>(11%)  | 100<br>(35,3%) | 93<br>(32,9%) | 49<br>(17,3%)  | 10<br>(3,5%)  |
| A7. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria o desejável para o cuidado do paciente | 24<br>(8,5%) | 76<br>(26,9%)  | 80<br>(28,3%) | 70<br>(24,7%)  | 33<br>(11,7%) |
| A14. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido                                | 21<br>(7,4%) | 105<br>(37,1%) | 80<br>(28,3%) | 63<br>(22,3%)  | 14<br>(4,9%)  |

\*1: discordo totalmente/ 2: discordo/ 3: nem concordo, nem discordo/ 4: concordo/ 5: concordo totalmente

Fonte: A autora

No item A7: *“Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria o desejável para o cuidado do paciente”*, observa-se novamente uma proximidade entre a concordância (concordo ou concordo totalmente) com 36,4% das respostas e a discordância (discordo ou discordo totalmente) com 35,4% das respostas. Quanto ao item A14: *“Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido”*, a maioria dos participantes (44,5%) afirmou discordar ou discordar totalmente e 28,3% se mostraram indiferentes, optando por nem concordo, nem discordo.

#### 5.2.11 Dimensão 11: “Passagem de plantão, turnos e transferências internas”

Todos os itens reversos dessa dimensão apresentaram maior porcentagem de respostas positivas, como apresentado na Tabela 12. Houve discordância (discordo ou discordo totalmente) em 43,1% das respostas no item F3: *“O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra”* em 46% no item F5: *“É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de outro turno”*.

Tabela 12 - Distribuição de respostas por dimensão – Passagem de plantão, turnos e transferências internas. Ponta Grossa (PR) – 2019

| Itens   | 1            | 2              | 3             | 4             | 5            |
|---|--------------|----------------|---------------|---------------|--------------|
|   | N %          | N %            | N %           | N %           | N %          |
| F3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra                         | 17<br>(6%)   | 105<br>(37,1%) | 73<br>(25,8%) | 65<br>(23%)   | 23<br>(8,1%) |
| F5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de outro turno | 16<br>(5,7%) | 114<br>(40,3%) | 60<br>(21,2%) | 83<br>(29,3%) | 10<br>(3,5%) |
| F7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital                                  | 15<br>(5,3%) | 109<br>(38,5%) | 93<br>(32,9%) | 51<br>(18%)   | 15<br>(5,3%) |
| F11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes                                 | 31<br>(11%)  | 146<br>(51,6%) | 67<br>(23,7%) | 31<br>(11%)   | 8<br>(2,8%)  |

\*1: discordo totalmente/ 2: discordo/ 3: nem concordo, nem discordo/ 4: concordo/ 5: concordo totalmente.

Fonte: A autora

No item F7: “*Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital*”, 43,8% dos participantes discordaram (discordo ou discordo totalmente), assim como o item F11: “*Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes*”, que obteve 62,6% de discordância nas respostas.

#### 5.2.12 Dimensão 12: “Resposta não punitiva aos erros”

Na Tabela 13, os itens reversos A8: “*Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles*” e A16: “*Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais*”, 54% e 52,3% dos participantes, respectivamente, concordaram (concordo ou concordo totalmente). Enquanto somente 23,7% e 19,1% das respostas, respectivamente, foram positivas (discordo ou discordo totalmente).

Além disso, o item reverso A12: “*Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema*” apresentou uma estreita proximidade de concordância e discordância, em que 40,7% das respostas foram negativas (concordo ou concordo totalmente) e 40,6% foram positivas (discordo ou discordo totalmente).

Tabela 13 - Distribuição de respostas por dimensão – Resposta não punitiva aos erros. Ponta Grossa – PR, 2019

| Itens   | 1            | 2             | 3             | 4              | 5             |
|---|--------------|---------------|---------------|----------------|---------------|
|   | N %          | N %           | N %           | N %            | N %           |
| A8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles                       | 3<br>(1,1%)  | 64<br>(22,6%) | 63<br>(22,3%) | 117<br>(41,3%) | 36<br>(12,7%) |
| A12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema | 13<br>(4,6%) | 102<br>(36%)  | 53<br>(18,7%) | 82<br>(29%)    | 33<br>(11,7%) |
| A16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais     | 7<br>(2,5%)  | 47<br>(16,6%) | 81<br>(28,6%) | 128<br>(45,2%) | 20<br>(7,1%)  |

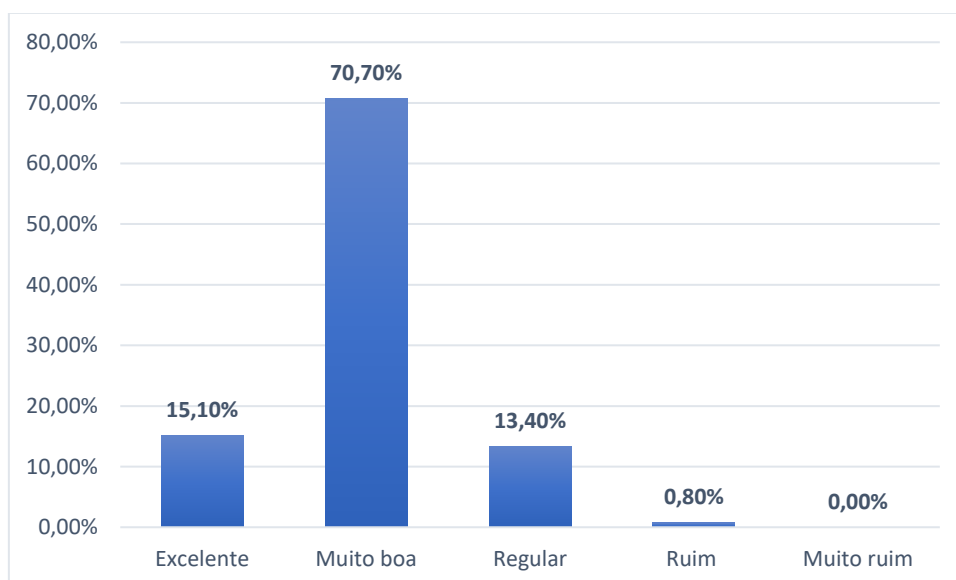
\*1: discordo totalmente/ 2: discordo/ 3: nem concordo, nem discordo/ 4: concordo/ 5: concordo totalmente.

Fonte: A autora

### 5.3 NOTA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Nesta seção, os participantes deveriam avaliar a segurança do paciente na sua unidade de trabalho no hospital. A predominância das respostas foi para a opção “muito boa”, ou seja 70,7% deles consideram as medidas de segurança do hospital muito boa, conforme mostra o gráfico representado na Figura 3.

Figura 3 - Nota de segurança do paciente. Ponta Grossa – PR, 2019

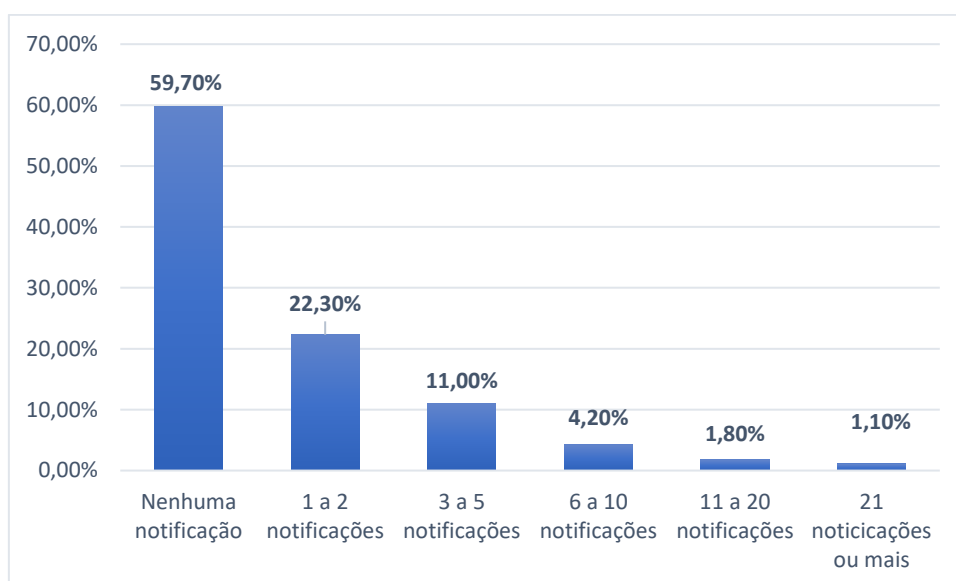


Fonte: A autora

#### 5.4 NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES

Observando o gráfico representado na Figura 4, nota-se que 59,7% dos participantes não realizaram notificações de eventos adversos nos últimos 12 meses, seguido daqueles que realizaram de 1 a 2 notificações neste mesmo período, representando 22,3% das respostas.

Figura 4 - Frequência de notificação de eventos adversos nos últimos 12 meses. Ponta Grossa - PR, 2019



Fonte: A autora

#### 5.5 DISTRIBUIÇÃO DA PORCENTAGEM DE RESPOSTAS POR DIMENSÃO

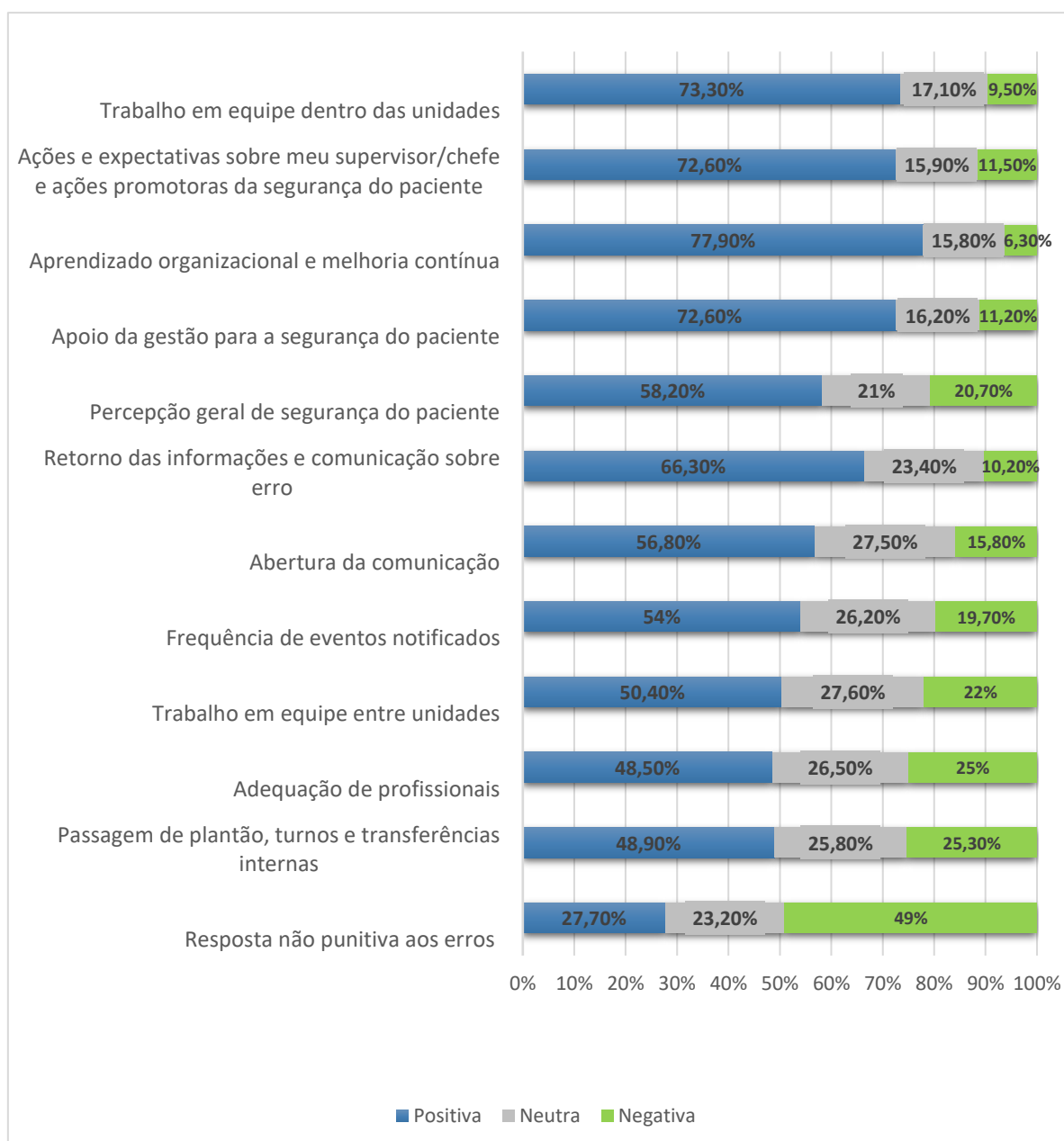
A porcentagem total de respostas positivas, neutras e negativas de cada dimensão do questionário é apresentada no gráfico representado pela Figura 5. Observa-se que a dimensão “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” (77,90%) foi a única a apresentar mais de 75% de respostas positivas, sendo considerada uma área forte para a segurança do paciente dentro a instituição.

Destaca-se também as dimensões “Trabalho em equipe dentro das unidades” (73,30%), “Ações e expectativas sobre meu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança da paciente” (72,60%), “Apoio da gestão para a segurança do paciente” (72,6%), “Percepção geral de segurança do paciente” (58,20%), “Retorno das informações e comunicação sobre o erro” (66,3%), “Abertura da comunicação” (56,8%), “Frequência de eventos notificados” (54%) e “Trabalho em equipe entre as

unidades” (50,4%) que apresentaram respostas positivas acima de 50%, entretanto não podem ser consideradas fortes ou expressivas, de acordo com os critérios de classificação estabelecidos pelos autores do instrumento (SORRA; NIEVA, 2004) havendo a necessidade de melhorias nestas áreas.

Como áreas frágeis, onde há necessidade de intervenções foram identificadas as seguintes dimensões: “Adequação de profissionais” (48,5%), “Passagem de plantão, turnos e transferências internas” (48,9%) e “Resposta não punitiva aos erros” (27,7%).

Figura 5 - Distribuição da porcentagem de respostas por dimensão. Ponta Grossa – PR, 2019



Fonte: A autora

## 5.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS DIMENSÕES DE CULTURA DE SEGURANÇA

A análise estatística descritiva foi realizada para cada dimensão do questionário, conforme apresentado na Tabela 14, com a distribuição dos escores dados pelos participantes, e na Figura 6, com os *boxplots* representativos dessas distribuições.

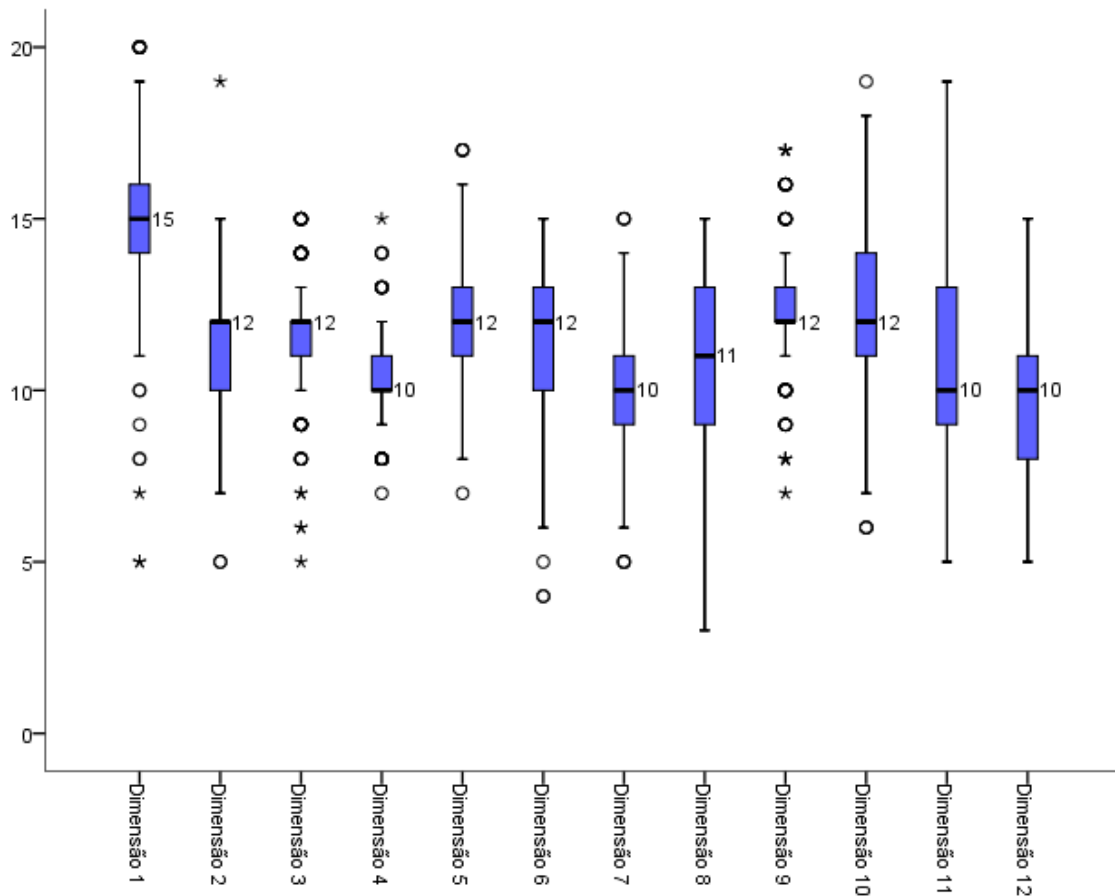
Tabela 14 - Análise estatística descritiva dos escores de cada dimensão. Ponta Grossa – PR, 2019

|            | <b>N</b> | <b>Média</b> | <b>Mediana</b> | <b>Percentil 25-75%</b> | <b>Desvio padrão</b> |
|------------|----------|--------------|----------------|-------------------------|----------------------|
| Dimensão1  | 283      | 15,0         | 15,0           | 14,0-16,0               | 2,3                  |
| Dimensão2  | 283      | 11,2         | 12,0           | 10,0-12,0               | 1,8                  |
| Dimensão3  | 283      | 11,6         | 12,0           | 11,0-12,0               | 1,7                  |
| Dimensão4  | 283      | 10,4         | 10,0           | 10,0-11,0               | 1,2                  |
| Dimensão5  | 283      | 12,1         | 12,0           | 11,0-13,0               | 1,6                  |
| Dimensão6  | 283      | 11,6         | 12,0           | 10,0-13,0               | 2,3                  |
| Dimensão7  | 283      | 9,8          | 10,0           | 9,0-11,0                | 1,8                  |
| Dimensão8  | 283      | 10,7         | 11,0           | 9,0-13,0                | 3,0                  |
| Dimensão9  | 283      | 12,3         | 12,0           | 12,0-13,0               | 1,6                  |
| Dimensão10 | 283      | 12,2         | 12,0           | 11,0-14,0               | 2,2                  |
| Dimensão11 | 283      | 11,0         | 10,0           | 9,0-13,0                | 3,0                  |
| Dimensão12 | 283      | 9,9          | 10,0           | 8,0-11,0                | 2,2                  |

Fonte: A autora

Observa-se que a dimensão que apresentou maior mediana foi a “Trabalho em equipe dentro das unidades”, demonstrando que os participantes apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe. Em contrapartida, as dimensões “Abertura da comunicação” e “Resposta positiva aos erros” foram as que apresentaram os menores escores de mediana, apontando que o funcionários do hospital têm receio de conversar livremente sobre seus erros, e que eles possam ser usados contra eles e mantidos em suas fichas funcionais.

Figura 6 - *Boxplots* representando a distribuição dos escores por dimensão. Ponta Grossa – PR, 2019.



Fonte: A autora

### 5.6.1 Nível de escolaridade

Analisou-se a distribuição dos escores das dimensões por cada nível de escolaridade presente no estudo, conforme mostra a Tabela 15, a seguir.

Tabela 15 - Distribuição dos escores de cada dimensão por nível de escolaridade. Ponta Grossa – PR, 2019

|            | Superior Completo |                  | Superior Incompleto |                  | Especialização |                  | Mestrado ou Doutorado |                  | Médio Completo |                  | p-valor |
|------------|-------------------|------------------|---------------------|------------------|----------------|------------------|-----------------------|------------------|----------------|------------------|---------|
|            | Mediana           | Percentil 25-75% | Mediana             | Percentil 25-75% | Mediana        | Percentil 25-75% | Mediana               | Percentil 25-75% | Mediana        | Percentil 25-75% |         |
| Dimensão1  | 15,0              | 13,0-16,0        | 15,0                | 13,0-16,0        | 16,0           | 14,0-16,0        | 15,0                  | 14,5-16,0        | 16,0           | 14,0-16,0        | 0,822   |
| Dimensão2  | 12,0              | 10,0-12,0        | 11,0                | 10,0-12,0        | 12,0           | 10,0-12,0        | 10,0                  | 9,0-11,5         | 12,0           | 10,0-12,0        | 0,249   |
| Dimensão3  | 12,0              | 11,0-12,0        | 11,0                | 11,0-12,0        | 12,0           | 10,0-12,5        | 10,5                  | 10,0-13,5        | 12,0           | 11,0-12,0        | 0,728   |
| Dimensão4  | 10,0              | 10,0-11,0        | 10,0                | 10,0-11,0        | 10,0           | 10,0-11,0        | 10,0                  | 9,5-11,0         | 10,0           | 10,0-11,0        | 0,927   |
| Dimensão5  | 12,0              | 11,0-13,0        | 12,0                | 12,0-13,0        | 12,0           | 11,0-13,0        | 11,0                  | 10,5-11,5        | 12,0           | 11,0-13,0        | 0,144   |
| Dimensão6  | 12,0              | 10,0-14,0        | 12,0                | 10,0-14,0        | 12,0           | 10,0-13,0        | 11,0                  | 8,0-13,0         | 12,0           | 11,0-13,0        | 0,325   |
| Dimensão7  | 10,0              | 9,0-11,0         | 10,0                | 9,0-11,0         | 10,0           | 9,0-11,0         | 10,0                  | 9,0-11,5         | 10,0           | 8,0-11,0         | 0,812   |
| Dimensão 8 | 10,0              | 9,0-12,0         | 12,0                | 10,0-14,0        | 10,0           | 8,0-12,0         | 8,5                   | 8,0-12,0         | 11,0           | 9,0-14,0         | 0,014   |
| Dimensão9  | 12,0              | 11,0-13,0        | 13,0                | 12,0-14,0        | 12,0           | 12,0-13,0        | 11,5                  | 11,0-13,0        | 12,0           | 11,0-13,0        | 0,696   |
| Dimensão10 | 12,0              | 10,0-14,0        | 13,0                | 12,0-14,0        | 12,0           | 11,0-14,0        | 13,0                  | 12,5-14,5        | 12,0           | 10,0-13,0        | 0,093   |
| Dimensão11 | 11,0              | 8,0-13,0         | 10,0                | 8,0-13,0         | 11,0           | 9,0-13,5         | 13,0                  | 11,0-15,0        | 10,0           | 8,0-13,0         | 0,318   |
| Dimensão12 | 10,0              | 8,0-11,0         | 11,0                | 10,0-12,0        | 10,0           | 8,0-11,0         | 11,5                  | 8,5-12,0         | 10,0           | 8,0-11,0         | 0,015   |

Fonte: A autora



Houve diferença significativa ( $p < 0,05$ ) entre os níveis de escolaridade nas dimensões “Frequência de eventos notificados” e “Resposta não punitiva aos erros”. Com relação à “*Frequência de eventos notificados*”, os cinco grupos apresentam diferenças entre si, mais observa-se que o nível Mestrado ou Doutorado apresenta uma menor frequência no relato de eventos. Na dimensão “Resposta não punitiva aos erros”, os escores dos níveis de ensino Superior Completo, Especialização e Médio Completo são considerados semelhantes. Já os níveis de Mestrado ou Doutorado apresentam melhor mediana comparada com os demais níveis de escolaridade.

## 6 DISCUSSÃO

Para que a cultura de segurança aconteça, é necessário que todos os profissionais da equipe de saúde reconheçam suas responsabilidades e trabalhem para melhorar a qualidade dos cuidados prestados. A participação nesta pesquisa envolveu 12 diferentes categorias profissionais, e vale ressaltar que outros estudos foram realizados apenas com a participação de categorias específicas de profissionais ou em determinados setores do hospital. Costa et al. (2018) e Almeida (2019) realizaram a pesquisa sobre cultura de segurança somente com profissionais da equipe de enfermagem. Macedo et al. (2016) realizaram a pesquisa com os profissionais da emergência pediátrica, enquanto Santiago e Turrini (2015) aplicaram o questionário nas unidades de terapia intensiva.

Entre os participantes do estudo, houve predominância dos profissionais da enfermagem, do sexo feminino. Este dado é confirmado pela pesquisa apresentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que aponta a enfermagem como uma profissão hegemonicamente feminina, representada por um percentual de 81,5%. Sabe-se, também, que essa categoria representa a maior força de trabalho no ambiente hospitalar, o que justifica ter sido a categoria que mais respondeu o questionário (BRASIL, 2017c). Os estudos de Carvalho et al. (2017) e Marinho et al. (2014) obtiveram resultados semelhantes.

Quanto ao tempo de trabalho, 53,4% dos respondentes possuem de 1 a 5 anos na instituição e 56,5% estão de 1 a 5 anos na sua atual unidade. Com isso, percebe-se que os participantes não são profissionais recém-contratados, possuindo experiência profissional e tempo de serviço na instituição que os permite conhecer as rotinas da sua unidade, o regimento e protocolos existentes. Trata-se de um ponto positivo para a instituição, visto que as iniciativas para a promoção da cultura de segurança são consolidadas no decorrer do tempo (BRASIL, 2014).

A dimensão 1: “Trabalho em equipe dentro das unidades” obteve 73,3% de respostas positivas, sendo a segunda mais bem avaliada na opinião dos profissionais. Apesar de não poder ser considerada uma dimensão forte para a cultura de segurança do paciente, fica evidente que os profissionais executam seu trabalho de forma coletiva, com respeito e cooperação entre os membros da equipe, pois todos os itens foram avaliados de forma positiva.

O trabalho em equipe é considerado uma estratégia de organização que contempla as ações e saberes de diversos profissionais em busca de uma assistência integral e de qualidade (CAMELO, 2011). Ele está diretamente ligado à segurança do paciente, pois a falta de cooperação e carga excessiva de trabalho estão associadas à ocorrência de eventos adversos, como infecções de cateter venoso central e queda do leito (MAGALHÃES et al., 2013).

O estudo realizado por Schuster (2015), com profissionais de um hospital filantrópico do Rio Grande do Sul obteve 81% de respostas positivas, sendo a melhor dimensão avaliada dessa pesquisa.

Na dimensão 2: “Ações e expectativas sobre meu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente”, observa-se que os supervisores/chefes levam em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança, prezam para que os procedimentos sejam realizados da maneira correta, mesmo diante de uma sobrecarga de trabalho e se preocupam com os problemas que acontecem repetidamente no setor. Os supervisores são responsáveis por influenciar os demais profissionais a desenvolverem comportamentos e hábitos que promovam uma cultura de segurança. É necessário que o líder elogie sua equipe, quando esta realiza suas atividades de acordo com os protocolos e prioriza ações com segurança (FRANKEL et. al. 2017).

Esta dimensão obteve uma média de 72,6% de respostas positivas, sendo considerada uma área neutra para segurança do paciente com potencial para se caracterizar como uma área forte. O estudo realizado por Mota (2018) em um hospital universitário, envolvendo 368 profissionais da equipe de saúde, apresentou resultados semelhantes a este estudo, obtendo a média 67,1% de respostas positivas nessa dimensão.

Por outro lado, estudo realizado com 86 profissionais da enfermagem de duas unidades de terapia intensiva apresentou uma média de apenas 49,1% de respostas positivas, sendo considerada uma dimensão frágil na instituição (MELLO, 2011). Pode-se sugerir que esse resultado, está relacionado ao número pequeno número de participantes no estudo e também por ter sido realizado em um período anterior à divulgação das resoluções que incentivam a promoção da cultura de segurança do paciente.

A dimensão 3: “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” merece destaque por ter sido a única dimensão considerada forte para a cultura de segurança do paciente nesta pesquisa. Seu percentual médio de respostas positivas foi 77,9%, sendo notável que existe um trabalho ativo para a construção de mudanças para melhorar a segurança do paciente.

Por se tratar de um hospital de ensino, espera-se que o processo de aprendizagem seja contínuo, em que os incidentes ocorridos sejam analisados e estimulem o aprendizado, por meio da identificação das causas e implantação de melhorias. A educação em segurança do paciente é uma das recomendações da OMS, que sugere a implantação desse tema nas grades curriculares de todos os cursos da área da saúde. Com isso, os futuros profissionais seriam estimulados a discutir e pensar sobre a ocorrência de incidentes e desenvolver os aspectos da cultura de segurança do paciente (WEGNER et al., 2016).

Estudo realizado por Netto e Severino (2016) em um hospital de ensino do Ceará obteve o percentual de 71% de respostas positivas nessa dimensão. Esse resultado se assemelha ao estudo realizado por Almeida (2019) em um hospital universitário de Natal que obteve a média de 71,2% de respostas positivas. Estes achados mostram que, apesar das diferenças culturais e organizacionais existentes, a aprendizagem organizacional é um fator positivo na promoção da cultura de segurança.

Entende-se que o envolvimento e o apoio da gestão hospitalar é fundamental para a implantação da cultura de segurança na instituição. Neste sentido, na dimensão 4: “Apoio da gestão para a segurança do paciente”, a equipe de saúde evidencia em suas respostas que os gestores promovem e incentivam ações para a segurança do paciente.

A gestão hospitalar influencia diretamente na segurança do paciente, por meio do quanto a valorizam, pela comunicação aberta e construtiva sobre os erros e também pelas iniciativas e incentivos relacionados a cultura de segurança (VICENT, 2009). A gestão hospitalar deve observar as necessidades da instituição como recursos, pessoal, orçamento e treinamentos para implantar as mudanças necessárias, bem como incentivar o fortalecimento do NSP e acompanhar as atividades desenvolvidas (CARRERA, 2013).

Neste cenário, a dimensão apresentou 72,6% de respostas positivas, não podendo ser considerada uma área forte para a cultura de segurança do paciente, mas pode-se afirmar que possui potencial para se tornar fortalecida. Consta-se que a pesquisa realizada por Santiago e Turrini (2015) em Unidades de Terapia Intensiva no Estado de São Paulo apresentou 67,8% de respostas positivas nessa dimensão, sendo que esta instituição possui um certificado internacional de acreditação. Diante disso, podemos afirmar que o resultado obtido no presente estudo foi satisfatório.

Quando abordados sobre a dimensão 5: “Percepção geral de segurança do paciente”, a maior parte dos profissionais afirmam não evidenciar problemas com a segurança do paciente na sua unidade, e que os procedimentos e sistemas disponibilizados na instituição são adequados. Porém, 29,7% dos participantes afirmou que a maior quantidade de trabalho a ser concluída compromete a segurança do paciente.

Pesquisa desenvolvida em um hospital universitário do sul do Brasil mostrou que a sobrecarga de trabalho interfere negativamente na incidência de eventos adversos, como também no absenteísmo e na rotatividade. Os maiores riscos estariam relacionados ao transporte de pacientes, banho no leito e administração de medicamentos (MAGALHÃES et al., 2013).

Obteve-se a média de 58,2% de respostas positivas, revelando uma dimensão neutra, que necessita ser trabalhada em alguns aspectos. Apesar dos percentuais de respostas positivas terem sido maiores em todos os itens, observa-se altas taxas de discordância, em relação as dimensões anteriores. Este panorama de dimensão neutra, também é realidade em outros estudos no Brasil. Reis (2013) obteve 51% de respostas positivas em seu estudo e Santiago e Turrini (2015) apresentaram média de 52,6%, esses dados afirmam a necessidade de melhorias na gestão dos riscos assistências para o fortalecimento da percepção de segurança da instituição.

Diante da dimensão 6: “Retorno das informações e comunicação sobre o erro”, observa-se que frequentemente ocorre comunicação sobre as mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos, informações relacionadas sobre os erros que aconteceram na unidade e discussões nos setores para que não haja reincidência dos erros. A instituição conta com um sistema eletrônico de notificações, estas são encaminhadas pelo NSP via e-mail para o gestor da unidade onde ocorreu

o evento notificado. O gestor tem a responsabilidade de conversar com a equipe envolvida e realizar uma devolutiva com as medidas adotadas.

A média de respostas positivas foi de 66,3%, sendo considerada uma dimensão neutra. Resultados inferiores a este são encontrados nos estudos de Mota (2018) e Serrano et al. (2019) que apresentaram 49,4% e 44,9% de respostas positivas, respectivamente. Acredita-se que essas instituições ainda não implantaram meios eficazes de comunicação sobre os eventos que ocorrem e as medidas que são implantadas diante da ocorrência dos mesmos.

Para Sammer et al. (2010), uma linguagem clara e com técnicas corretas de comunicação é primordial para a promoção da cultura de segurança do paciente. Os profissionais da linha de frente do cuidado devem ser ouvidos, serem comunicados sobre a ocorrência dos seus erros e obter um feedback das medidas implantadas. Com isso, aumenta-se a confiança nos sistemas de notificação e fortalece a cultura de segurança.

Quanto à dimensão 7: “Abertura da comunicação”, a média de respostas positivas foi 56,8%, relevando uma dimensão neutra. Observa-se que os profissionais da equipe de saúde ainda não se sentem à vontade para falar sobre alguma situação que possa afetar a segurança do paciente e muitos não tem liberdade para questionar as decisões e ações dos seus supervisores.

A comunicação entre a equipe interdisciplinar de saúde é um determinante na qualidade e segurança da assistência prestada. A comunicação efetiva é um das metas internacionais de segurança do paciente e foi difundida no Brasil, após a publicação da Portaria nº 529/2013 (BRASIL, 2017a). O estudo realizado por Schuster (2015), obteve 52% de respostas positivas nessa dimensão, confirmando esse achado Tomazine et al. (2015) em sua pesquisa realizada em quatro hospitais públicos de Florianópolis obteve a média 55% de respostas positivas.

Diante desses dados, observa-se que os profissionais de saúde apresentam dificuldades de dialogar sobre erros ou falhas, provavelmente pelo receio de aparecer como o autor do erro e ser punido por isso. Neste contexto, é necessário que a equipe de saúde seja motivada a ter uma comunicação aberta com seus supervisores, sobre os possíveis riscos que possam existir em sua unidade de trabalho.

No que diz respeito à dimensão 8: “Frequência de eventos notificados”, obteve-se um percentual de 54% de respostas positivas, demonstrando uma baixa

adesão no processo de notificação de eventos adversos, independentemente se eles foram percebidos e corrigidos antes de afetar o paciente, se representam um risco ao paciente ou se poderiam causar danos. Conhecer os motivos pelos quais a equipe não está notificando, é o primeiro passo para a implantação de melhorias nessa dimensão. Indicadores mensais podem apontar quais setores/turnos apresentam menores taxas de notificação. Reis (2013) obteve, em sua pesquisa, um resultado semelhante a este, com 55% de respostas positivas.

Salienta-se a importância do incentivo por parte da instituição para a realização das notificações de incidentes e eventos adversos, visto que a análise dos mesmos permite o aprendizado organizacional, possibilitando a identificação das causas e estabelecendo medidas de prevenção e melhoria dos processos (FURINI, 2019).

Na dimensão 9: “Trabalho em equipe entre as unidades”, observa-se um equilíbrio das respostas obtendo apenas 50,4% de respostas positivas, evidenciando uma dimensão neutra, com necessidade de melhorias. Apenas há maior concordância com o item F10 “As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes”.

Durante o ano de 2019, o NSP desenvolveu atividades de educação continuada em forma de gincana entre os profissionais tendo como tema os protocolos de segurança da instituição. Com isso propicia-se um momento de interação entre as equipes de diferentes setores, necessário para o fortalecimento dessa dimensão.

A literatura nos mostra que ainda não é possível perceber um trabalho de colaboração entre as unidades. O estudo de Mota (2018) obteve um resultado de 46,1% de respostas positivas. Enquanto Netto e Severino (2016) apresentaram a média de 51% nessa dimensão. Considerando que as unidades hospitalares desenvolvem atividades complementares, uma boa interação entre os membros da equipe interdisciplinar de saúde garante um atendimento integral e seguro ao paciente.

Ao analisar as respostas dos itens na dimensão 10: “Adequação de profissionais”, nota-se que, segundo a percepção dos participantes, há recursos humanos suficientes para desempenhar todas as atividades na instituição.

Destaca-se nessa dimensão a proximidade de concordância e discordância com o item relacionado à utilização de profissionais terceirizados/temporários além do

desejável para o cuidado do paciente, onde 36,4% concordaram com o item e 35,4% discordaram. A instituição pesquisada conta com profissionais concursados, e também realiza processos seletivos para contratação de técnicos de enfermagem e enfermeiros, com contrato válido para dois anos, o que pode justificar tal achado.

A dimensão atingiu 48,5% de respostas positivas, sendo classificada como uma fragilidade para a cultura de segurança do paciente. A revisão integrativa realizada por Rodrigues, Santos e Souza (2017) aponta que a carga excessiva de trabalho está relacionada ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout, tornando os profissionais de saúde mais vulneráveis para a ocorrência de erros durante a assistência.

Quanto à dimensão 11: “Passagem de plantão, turnos e transferências internas” observamos que todos os itens foram avaliados pela maioria dos participantes de forma positiva, porém houve uma quantidade razoável de respostas neutras e negativas. Com isso, a média de respostas positivas nessa dimensão foi de 48,9%, sendo considerada como área frágil.

A passagem de plantão é atividade diária dos profissionais de saúde, tanto no final do seu turno de trabalho como quando o paciente precisa ser transferido para outra unidade. É um processo de transferência de informações e da responsabilidade dos cuidados entre os profissionais de saúde, a fim de garantir a continuidade da assistência e a segurança dos pacientes (GONÇALVES et al., 2017).

A utilização de registros padronizados e objetivos, preferencialmente os informatizados é a principal recomendação para garantir uma comunicação precisa e segura (BRASIL, 2017a). A instituição estudada possui um sistema informatizado para os registros diários sobre os pacientes, mas não possui um modelo padronizado em todos os setores de passagem de plantão.

Os serviços de saúde têm utilizado técnicas que melhorem a qualidade da comunicação como a ferramenta SBAR, abreviação de *Situation* (situação), *Background* (história prévia), *Assessment* (avaliação) e *Recommendation* (recomendação) que permite que informações importantes sejam passadas e ouvidas de forma clara, auxiliando na tomada de decisões (MULLER et al., 2018).

O estudo de Serrano et al. (2019) apresentou resultado semelhante nesta dimensão com 42,7%, enquanto Macedo et al (2016) obtiveram uma média de 46%



de respostas positivas. Evidenciando assim a necessidade de melhorias nessa área nas instituições pesquisadas.

A dimensão 12: “Resposta não punitiva aos erros” foi a que apresentou o menor percentual de respostas positivas dentre as 12 dimensões analisadas. A média de respostas positivas foi de apenas 22,9%, caracterizando uma área frágil para a cultura de segurança do paciente.

Diante do exposto, evidencia-se que os profissionais possuem receio de uma cultura punitiva na instituição, onde eles acreditam de que seus erros possam ser usados contra eles e que os mesmos fiquem registrados em suas fichas funcionais, sendo necessária a realização de intervenções para mudar essa percepção e fortalecer a cultura de segurança do paciente.

Outros estudos também obtiveram essa dimensão avaliada de forma negativa, evidenciando que essa situação se faz presente em muitas instituições (TOMAZINE et al., 2015; NETTO; SEVERINO, 2016; MOTA, 2018; ALMEIDA, 2019).

Uma cultura punitiva faz com que os funcionários subnotifiquem seus erros, criando uma barreira para à análise da causa raiz do evento e implantações de medidas de prevenção (FIGUEIREDO; D’INNOCENZO, 2017).

Com relação à avaliação geral de segurança do paciente, 15,1% dos profissionais classificaram como excelente, 70,7% como muito boa e 13,4% irregular. Observa-se que nesta questão a resposta de muitos participantes foi divergente em comparação a outros itens do questionário, visto que na dimensão 5: “Percepção geral de segurança do paciente” as respostas positivas não foram expressivas.

No estudo realizado por Almeida (2019), 58,7% dos participantes classificaram a cultura de segurança como muito boa. Em contraposição, no estudo de Serrano et al. (2019), 50,2% consideraram a segurança do paciente irregular.

Acerca da notificação de eventos adversos nos últimos 12 meses, a maioria dos participantes deste estudo (59,7%) afirmou não ter preenchido nenhuma notificação, o que revela uma subnotificação de eventos adversos. Este dado confirma o baixo percentual de respostas positivas apresentadas na dimensão 8: “Frequência de eventos notificados”, podendo também estar ligado ao receio da cultura punitiva na instituição, conforme dados apresentados na dimensão 11: “Resposta não punitiva dos erros”.

Reis et al. (2013), Macedo et al. (2016), Batalha e Melleiro (2015) também relataram que 78%, 45% e 73,5% dos participantes, respectivamente, não realizaram notificações de eventos adversos nos últimos 12 meses, evidenciando altas taxas de subnotificações nas instituições de saúde.

Souza, Alves e Alencar (2018) relataram em seu estudo que a ausência de notificações de incidentes, é um fator limitante para a identificação e tratamento dos eventos adversos. Sendo a taxa de incidentes um indicador de qualidade da instituição, ressalta-se a necessidade da educação permanente com o objetivo de conscientizar os profissionais sobre a importância da notificação.

Ao analisar a distribuição das respostas nos itens do questionário com cada nível de escolaridade presente neste estudo, observou-se que apenas duas dimensões apresentaram diferença significativa de respostas ( $p < 0,05$ ). Na dimensão “Frequência de eventos notificados”, os níveis de Mestrado ou Doutorado apresentaram menor mediana de respostas, evidenciando a necessidade de uma melhor divulgação dos meios de notificação de eventos adversos, aos profissionais de maior nível de escolaridade. Já em “Resposta não punitiva aos erros”, os níveis de Mestrado ou Doutorado apresentaram melhores medianas de resposta, sugerindo que esse grupo entende que a instituição possui uma cultura não punitiva diante de erros.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo permitiu avaliar a cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de saúde, utilizando o instrumento HSOPSC adaptado transculturalmente para a realidade dos hospitais brasileiros.

Observam-se vários pontos positivos para a cultura de segurança, assim como fragilidades, que ao serem conhecidas e analisadas pelos gestores da instituição poderão ser utilizadas para a implantação de melhorias nos processos de trabalho.

Diante dos resultados encontrados e da magnitude da temática em foco, é imprescindível o envolvimento de todos os profissionais e gestores da instituição para a construção de uma assistência à saúde de qualidade e consolidação da cultura de segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.L.S. **Cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário**. Natal, 2019. 91p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Sociedade) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <[https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/27353/1/Culturaseguran%c3%a7apaciente\\_Almeida\\_2019.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/27353/1/Culturaseguran%c3%a7apaciente_Almeida_2019.pdf)>. Acesso em: 08 dez. 2019.

ALVES, K. Y. A. et al. Análise da segurança do paciente em ambientes de saúde. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 33, n. 2, 2017. Disponível em: <<http://revenenfermaria.sld.cu/index.php./enf/article/view/1043/259>>. Acesso em: 26 maio 2019.

BATALHA, E.M.S.S. **A Cultura de Segurança do Paciente na Percepção de Profissionais de Enfermagem de um Hospital de Ensino**. 2012. 149 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-03012013-105906/>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 2013a. 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: 26 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Oficial da União**. 2013b. 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 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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/publicações/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>. Acesso em: 24 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil 2017**. v. 1. Rio de Janeiro: COFEN/FIOCRUZ, 2017a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: ANVISA, 2017b. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. Anvisa, 2017c.

Disponível em:  
<<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-7-gestao-de-riscos-e-investigacao-de-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatórios de Eventos Adversos dos Estados**. Disponível em:  
<<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes>>. Acesso em: 7 set. 2019.

CAMELO, S.H.H. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev Cogitare Enf**, v. 16, n. 4, p. 734-740, 2011. Disponível em:  
<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/19977>>. Acesso em: 05 dez. 2019.

CARRERA, S.A. **Cultura de Segurança do paciente**: A percepção do enfermeiro em um hospital oncológico. Rio de Janeiro, 2013. 141p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.unirio.br/ppgenf/dissertacoes/dissertacoes-ppgenf-unirio-ano-2013/dissertacao-simone-de-amorim-carrera>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

CARVALHO, R.E.F.L. et al. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos do Brasil. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v.25, e:2849, 2017. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt\\_0104-1169-rlae-25-e2849.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2849.pdf)>. Acesso em: 08 dez. 2019.

CLARO, C.M. et al. Eventos adversos em unidade de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev Esc Enferm USP**, n. 45, v. 1, p. 167-72, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/23.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

COSTA, D.B. da et al. Cultura de Segurança do Paciente: avaliação pelos profissionais da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n.3, 2018. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n3/0104-0707-tce-27-03-e2670016.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2019.

DA SILVA, P.L. et al. Produção científica no Brasil acerca da cultura de segurança do paciente. **Rev. UNINGÁ**, Maringá, v. 54, n. 1, p. 37- 44, 2017. Disponível em:  
<<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/5>>. Acesso em: 10 set. 2019.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003. 240p.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring**: the definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. v. 1. 163p.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n.12, p.1743-748, 1988. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9372740>> Acesso em: 08 jun. 2019.

DUARTE, S. C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2019.

FIGUEIREDO, M.L.; D'INNOCENZO, M. Eventos adversos relacionados às práticas assistenciais: uma revisão integrativa. **Enfermaria Global**, n. 47, p. 621-35, 2017. Disponível em: < [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/pt\\_1695-6141-eg-16-47-00605.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/pt_1695-6141-eg-16-47-00605.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2019.

FRANKEL, A. et al. **Framework for safe, reliable, and effective care**: white paper. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement and Safe e Reliable Healthcare, 2017. Disponível em: <[https://www.medischevervolgopleidingen.nl/sites/default/files/paragraph\\_files/a\\_framework\\_for\\_safe\\_reliable\\_and\\_effective\\_care.pdf](https://www.medischevervolgopleidingen.nl/sites/default/files/paragraph_files/a_framework_for_safe_reliable_and_effective_care.pdf)> Acesso em: 08 dez. 2019.

FURINI, A.C.A.; NUNES, A.A.; DALLORA, M.E.L.V. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm**, v.40, n. Spe, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v40nspe/1983-1447-rngen-40-spe-e20180317.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2019.

GONÇALVES FILHO, A.P.; ANDRADE, J.C.S.; MARINHO, M.M.O. Cultura e gestão de segurança no trabalho: uma proposta de modelo. **Gest. Prod.**, v. 18, n. 1, p. 205-20, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v18n1/15.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2019.

GONÇALVES, M.I. et al. Segurança do paciente e passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Rev. Baiana Enferm**, v. 31, n. 2, e-17053, 2017. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17053/14606>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

HUDSON P. Applying the lessons of high risks industries to health care. **Qual Saf Health Care**, 2003; 12(Supl 1): i7-i12. Disponível em: <[https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/12/suppl\\_1/i7.full.pdf](https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/12/suppl_1/i7.full.pdf)>. Acesso em: 26 ago. 19.

MACEDO, T.R. et al. Cultura de Segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 5, p.757-763, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt\\_0080-6234-reeusp-50-05-0757.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0757.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2019.

MAGALHÃES, A.M.M.; DALL'AGNOL, C.M.; MARCK, P.B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente – estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v.21, n. Spe, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2019.

MARINHO, M.M.; RADUNZ, V.; BARBOSA, S.F.F. Avaliação da cultura de segurança peças equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n.3, p. 581-590, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf)>. Acesso em: 02 dez. 2019.

MATOS, E.; PIRES, D.E.P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 338-46. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/18.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

MELLO, J.F. et al. **Cultura de Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva**: perspectiva da enfermagem. Florianópolis, 2011. 219p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103352/305244.pdf?sequencia=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 02 dez. 2019.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int J Qual Health Care**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 279–284, June, 2009. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/4/279.long>>. Acesso em: 24 mai. 2019.

MESQUITA, K. O. et al. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, p.01-08, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/45665/28526>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

MOTA, G.C.H. **A percepção de profissionais de saúde sobre cultura de segurança do paciente em hospital universitário**. São Paulo, 2018. 141p. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <[https://teses.usp.br/teses/disponiveis/9/9139/tde-12112018-151750/publico/Gessica\\_Caroline\\_Henrique\\_Fontes\\_Mota\\_ME\\_Original.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/9/9139/tde-12112018-151750/publico/Gessica_Caroline_Henrique_Fontes_Mota_ME_Original.pdf)>. Acesso em: 02 dez. 2019.

MULLER, M. et al. Impacto of the communication and Patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. **BMJ Open**, 8:e022202, 2018. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/8/e022202.full.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

NETTO, F.C.B.; SEVERINO, F.G. Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino do Ceará. **Rev Bras Promoção Saúde**, v. 29, n.3, p. 334-341, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5230/pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

NQF - NATIONAL QUALITY FORUM. **Safe practices for better healthcare**: 2010 update. Washington DC: National Quality Forum; 2010. Disponível em: <[https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe\\_Practices\\_for\\_Better\\_Healthcare\\_%E2%80%93\\_2010\\_Update.aspx](https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_%E2%80%93_2010_Update.aspx)>. Acesso em: 15 ago. 2019.

PORTO, S. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Rev Port Saúde Pública**, Lisboa, v. temat., n.10, p. 74-80, 2010. Disponível em:

<<https://proqualis.net/artigo/magnitude-financeira-dos-eventos-adversos-emhospitais-no-brasil>>. Acesso em: 24 maio 2019.

REASON, J. Human error: model sand management. **BMJ**, v. 320, n. 7237, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/pdf/768.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2019.

REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Rio de Janeiro, 2013. 203 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14358/1/601.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

RODRIGUES, C.C.F.M.; SANTOS, V.E.P.; SOUZA, P. Segurança do Paciente e enfermagem: interface com estresse e Síndrome de Burnout. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 5, p. 1141-7, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt\\_0034-7167-reben-70-05-1083.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-1083.pdf)>. Acesso em: 19 dez. 2019.

SAMMER, C.E. et al. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. **Jornal Nursing Scholarship**, n. 42, p. 2, p. 156-165, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20618600>>. Acesso em: 26 ago. 2019.

SANTIAGO, T.H.R.; TURINI, R.N.T. Cultura e clima organizacional para a Segurança do Paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, v.49, n. esp, p.123-130, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/1980-220X-reeusp-49-spe-0123.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

SCHWENDIMANN, R. et al. The occurrence, types, consequences and preventability of in hospital adverse events – a scoping review. **BMC Health Serv Res**, v. 18, n. 521, 2018. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3335-z#citeas>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

SCHUSTER, T.S. **A cultura de segurança do paciente na percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital filantrópico do interior do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <[ocplayer.com.br/58569510-A-cultura-de-seguranca-do-paciente-na-percepcao-dos-profissionais-de-enfermagem-de-um-hospital-filantropico-do-interior-do-rio-grande-do-sul.html](http://ocplayer.com.br/58569510-A-cultura-de-seguranca-do-paciente-na-percepcao-dos-profissionais-de-enfermagem-de-um-hospital-filantropico-do-interior-do-rio-grande-do-sul.html)>. Acesso em: 10 fev. 2020.

SERRANO, A.C.F.F. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico. **Rev Min Enferm**, v. 23, e-1183. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1008332>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2019.



SOUZA, P.; MENDES, W. **Segurança do Paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014. 452p.

SOUZA, R.F.; ALVES, A.S.; ALENCAR, I.G.M. Eventos adversos na terapia intensiva. **Rev enferm UFPE**, v. 12, n. 1, p. 19-27, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a25205p19-27-2018>. Acesso em: 10 jan. 2020.

TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paul Enferm**, v. 29, n. 1, p. 26–37, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n1/1982-0194-ape-29-01-0026.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2019.

TOMAZONI, A. et al. Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente em Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Texto Contexto Enferm**, v.24, n. 1, p. 161-9, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt\\_0104-0707-tce-24-01-00161.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00161.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2019.

TONDO, J. C. A.; GUIRARDELLO, E. B. Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1355-60, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/pt\\_0034-7167-reben-70-06-1284.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/pt_0034-7167-reben-70-06-1284.pdf)>. Acesso em: 7 set. 2019.

VINCENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

VINCENT; C.; AMALBERTI; R. **Cuidados de saúde mais seguros: estratégias para o cotidiano do cuidado**. Rio de Janeiro: Proqualis, 2016. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Cuidado%20de%20Sa%C3%BAde%20mais%20Seguro%20-%20PDF.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2019.

WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc Anna Nery**, v.20, n.3, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160068.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient Safety**: Making health care safer. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255507/1/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 24 maio 2019.

## APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**Universidade Estadual de Ponta Grossa**  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

### COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

|  |                    |
|--|--------------------|
| Nome .....                               | Sexo: M( ) F( )    |
| Idade: .....                             | RG: .....          |
| Telefones: .....                         | / .....            |
| Endereço Residencial:                    |                    |
| Rua: .....                               | Número: .....      |
| Bairro: .....                            | Cidade: .....      |
| CEP: .....                               | Complemento: ..... |
| Nome de outra pessoa para contato: ..... |                    |
| Grau de parentesco: .....                |                    |
| Telefones: .....                         |                    |
| / .....                                  |                    |

Declaro ter sido esclarecido (a) sobre os seguintes pontos:

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar voluntariamente da pesquisa **“Segurança do Paciente na percepção de uma equipe interdisciplinar de saúde”** tendo como pesquisador responsável Loriane Cotovicz e como pesquisadora participante Elise de Souza Santos Reis. O objetivo da pesquisa é avaliar a cultura de segurança do paciente na percepção da equipe interdisciplinar de saúde, de acordo com as dimensões do instrumento; identificar os fatores que influenciam a segurança o paciente, caracterizando os pontos que contribuem para a ocorrência de eventos adversos. Para então sugerir a implantação de ações que reduzam os riscos, promovendo a melhoria contínua da qualidade da assistência.

A sua participação no estudo será por meio de um questionário estruturado, composto por perguntas fechadas relacionadas a segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e notificações de eventos em seu hospital e tomará cerca de 15 minutos para ser preenchido.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa e retirar esse termo de consentimento, sem que haja qualquer prejuízo em sua relação com os pesquisadores e com a Instituição. Mantém-se o sigilo e o caráter confidencial do trabalho sem expor sua identidade. Qualquer situação indesejada que aconteça em função da pesquisa será de responsabilidade dos pesquisadores e qualquer despesa eventual será custeada pelos mesmos.

Em caso de necessidade, entrar em contato com o **Pesquisador Responsável**: Loriane Cotovicz (42) 9 9929 8981 ou com a **Comissão de Ética em Pesquisa**:

COEP/UEPG – Av. Carlos Cavalcanti, 4748, CEP 84.030-900 Campus Universitário em Uvaranas, Bloco M. Sala 12 TELEFONE: (42) 3220-3108 / FAX: (42) 3220-3102 e-mails: coep@uepg.br (Coordenação) e seccoep@uepg.br (Secretaria)

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável Concordo/ autorizo a participação na pesquisa

Loriane Cotovicz

Ponta Grossa. \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## ANEXO A: PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS (HSOPSC)



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

#### Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...  | Discordo totalmente        | Discordo                   | Não Concordo nem Discordo  | Concordo                   | Concordo totalmente        |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente                                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles                                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema              | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido                               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros                      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

**SECÃO B: O seu supervisor/chefe**

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

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



**SECÃO C: Comunicação**

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

| Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...  | Nunca                      | Raramente                  | Às vezes                   | Quase sempre               | Sempre                     |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores             | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo                              | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

**SECÃO D: Frequência de eventos relatados**

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

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

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

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

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

**SECÃO F: O seu hospital**

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

| Pense no seu hospital...   | Discordo totalmente        | Discordo                   | Não Concordo nem Discordo  | Concordo                   | Concordo totalmente        |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si                                      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

**SECÃO F: O seu hospital (continuação)**

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

**SECÃO G: Número de eventos notificados**

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

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

**SECÃO H: Informações gerais**

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

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

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

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

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

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

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

**SEÇÃO H: Informações gerais (continuação)**

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

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

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

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

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

7. Qual o seu grau de instrução:

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

8. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos

9. Indique o seu sexo:

- a. Feminino       b. Masculino

**SEÇÃO I: Seus comentários**

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

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.



## ANEXO B: APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
PONTA GROSSA - UEPG



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Segurança do paciente na percepção de uma equipe interdisciplinar de saúde

**Pesquisador:** Loriane Cotovicz

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 03819118.3.0000.0105

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Ponta Grossa

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.067.232

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa:

Segurança do paciente na percepção de uma equipe interdisciplinar de saúde.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a cultura de segurança do paciente na percepção da equipe interdisciplinar de saúde, de acordo com as dimensões do instrumento.

Objetivo Secundário:

Identificar os fatores que influenciam a segurança o paciente, caracterizando os pontos que contribuem para a ocorrência de eventos adversos.

Para então sugerir a implantação de ações que reduzam os riscos, promovendo a melhoria contínua da qualidade da assistência.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A presente pesquisa não acarretará riscos nem aos pesquisadores responsáveis, nem à instituição hospitalar pesquisada, visto que é uma pesquisa de participação voluntária, onde serão seguidos todos os preceitos éticos e legais garantindo o sigilo das informações.

Benefícios:

**Endereço:** Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B

**Bairro:** Uvaranas **CEP:** 84.030-900

**UF:** PR **Município:** PONTA GROSSA

**Telefone:** (42)3220-3108

**E-mail:** coep@uepg.br



Continuação do Parecer: 3.067.232

A pesquisa trará benefícios não só para a gestão do hospital, bem como para os profissionais que atuam na instituição e os pacientes que são atendidos na mesma. Avaliar a cultura de segurança é o ponto inicial para o planejamento de ações que busquem a redução dos riscos assistenciais e a ocorrência de eventos adversos. Desta forma será possível identificar os fatores que podem ser trabalhados para o fortalecimento da segurança do paciente dentro da instituição.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa ocorrerá em três etapas distintas. A primeira etapa consiste no levantamento do número de profissionais atualmente empregados na instituição, divididos conforme suas categorias. Também será realizado nessa etapa, um contato prévio com o coordenador de cada equipe/setor para apresentar os objetivos da pesquisa e avaliar os melhores dias e horários para a realização da coleta de dados.

Na segunda etapa ocorrerá a coleta de dados. Os profissionais serão abordados individualmente pela pesquisadora responsável em seu horário de trabalho. Após a explicação sobre os objetivos da pesquisa e o instrumento de coleta utilizado, os profissionais que concordarem participar receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário para ser respondido.

Para aqueles participantes que não conseguirem responder o questionário durante a abordagem devido sua rotina de trabalho, será permitida a entrega posteriormente. Após sete dias da entrega dos questionários a pesquisadora responsável voltará para recolher os mesmos devidamente preenchidos.

Após a coleta de dados os mesmos serão tabulados, conforme as categorias estabelecidas pelo instrumento e analisados para a elaboração da dissertação e artigo final.

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

Em anexo e de acordo com as normas 466/2012 e 510/2016

**Recomendações:**

Enviar o relatório final ao término do projeto por Notificação via Plataforma Brasil para evitar

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco M, Sala 116-B  
Bairro: Uvaranas CEP: 84.030-900  
UF: PR Município: PONTA GROSSA  
Telefone: (42)3220-3108 E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 3.067.232

pendências.

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

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

| Tipo Documento  | Arquivo  | Postagem               | Autor            | Situação |
|---|--|------------------------|------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1243743.pdf  | 05/11/2018<br>16:59:15 |                  | Aceito   |
| Folha de Rosto  | folha_de_rosto.pdf                             | 05/11/2018<br>16:57:54 | Loriane Cotovicz | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Projeto_PPGCS_Loriane.pdf                      | 30/10/2018<br>22:45:59 | Loriane Cotovicz | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | Termo_aceite.pdf                               | 30/10/2018<br>22:44:51 | Loriane Cotovicz | Aceito   |
| Cronograma  | Cronograma_de_Execucao.pdf                     | 30/10/2018<br>22:43:59 | Loriane Cotovicz | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.pdf | 30/10/2018<br>21:31:47 | Loriane Cotovicz | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

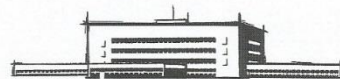
PONTA GROSSA, 08 de Dezembro de 2018

Assinado por:  
**ULISSES COELHO**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B  
**Bairro:** Uvaranas **CEP:** 84.030-900  
**UF:** PR **Município:** PONTA GROSSA  
**Telefone:** (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

## ANEXO C: APROVAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PESQUISADA

**UEPG**  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA  
Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais



Ponta Grossa, 15 de agosto de 2018

### Termo de Aceite

A Diretoria Acadêmica e o Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Humano do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais – Wallace Thadeu de Mello e Silva, autorizam o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado “**Segurança do paciente na percepção de uma equipe interdisciplinar de saúde**”, da pesquisadora Loriane Cotovicz, sob orientação da Profª Drª Elise Souza dos Santos Reis.

Profª Msc Tatiana Menezes Garcia Cordeiro  
Diretora Acadêmica

