

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

VICTOR CÉSAR DE SOUZA VALE

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM CINCO
HOSPITAIS BRASILEIROS PERTENCENTES A UMA MESMA ORGANIZAÇÃO
GESTORA**

Juiz de Fora

2023

VICTOR CÉSAR DE SOUZA VALE

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM CINCO
HOSPITAIS BRASILEIROS PERTENCENTES A UMA MESMA ORGANIZAÇÃO
GESTORA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Chaoubah

Coorientadora: Profa. Dra. Telma Rejane dos Santos Façanha

Juiz de Fora

2023

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Vale, Victor César de Souza.

Avaliação da cultura de segurança do paciente em cinco hospitais brasileiros pertencentes a uma mesma organização gestora / Victor César de Souza Vale. -- 2023.

133 f.

Orientador: Alfredo Chaoubah

Coorientadora: Telma Rejane dos Santos Façanha

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2023.

1. Segurança do paciente. 2. Cultura de segurança. 3. Qualidade da assistência à saúde. I. Chaoubah, Alfredo, orient. II. Façanha, Telma Rejane dos Santos, coorient. III. Título.

Victor César de Souza Vale

Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente em Cinco Hospitais Brasileiros Pertencentes a uma Mesma Organização Gestora.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.
Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em 31 de outubro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alfredo Chaoubah - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Telma Rejane dos Santos Façanha
Hospital das Forças Armadas

Prof.^a Dra. Maria Sandra Andrade
Universidade de Pernambuco

Prof.^a Dra. Sabrine Teixeira Ferraz Grünwald
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Natália de Castro Pecci Maddalena
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Alexssandro da Silva
Hospital Militar de Área de Recife

Juiz de Fora, 29/11/2023.



Documento assinado eletronicamente por **TELMA REJANE DOS SANTOS FAÇANHA, Usuário Externo**, em 29/11/2023, às 13:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Sandra Andrade, Usuário Externo**, em 29/11/2023, às 16:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alfredo Chaoubah, Professor(a)**, em 05/12/2023, às 14:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sabrine Teixeira Ferraz Grunewald, Professor(a)**, em 05/12/2023, às 16:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **ALEXSSANDRO DA SILVA, Usuário Externo**, em 15/12/2023, às 08:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uffj (www2.uff.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1599234** e o código CRC **53EC2BCB**.

AGRADECIMENTOS

A Deus, princípio e fim, fonte de toda força e sabedoria.

À minha família – meus pais, minha querida esposa e filhos –, pela paciência, incentivo e compreensão pelos momentos de ausência.

Aos meus orientadores, Prof. Dr. Alfredo Chaoubah e Profa. Dra. Telma Rejane dos Santos Façanha, pela oportunidade deste feito e a generosidade do compartilhamento do conhecimento.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFJF, fontes de inspiração e constante aprendizado nesta jornada.

Aos funcionários do Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde (NATES – UFJF), em especial à Sra. Elisângela dos Santos Martins, por todo apoio e cordialidade.

À Eduarda Silva Kingma Fernandes, Bianca Silva Duque Souza, Isa Menezes Bezerra, Juliana Souza Ribeiro Baesso e Bruna Pedro, por toda ajuda, suporte e cooperação: vocês foram fundamentais neste processo, muito obrigado!

A cada profissional que colaborou com este estudo, dispensando parte de seu valioso tempo para responder aos questionários, sendo imprescindíveis para que se pudessem identificar oportunidades de melhoria dos processos e da cultura de segurança do paciente em suas instituições: gratidão!

RESUMO

Cultura de segurança é o produto de valores, atitudes, percepções e competências individuais e de grupo, cujo resultado determina o compromisso e o estilo de uma instituição. O objetivo deste estudo foi analisar e comparar a cultura de segurança do paciente em cinco hospitais brasileiros pertencentes a uma mesma organização gestora, sob a perspectiva das diferentes categorias profissionais atuantes na assistência ao paciente, utilizando-se o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), em sua versão traduzida e validada no Brasil. O formulário foi digitalizado e enviado para o endereço eletrônico (*e-mail*) dos profissionais lotados nos hospitais elencados. Os percentuais de respostas positivas, neutras e negativas foram calculados para identificar áreas fortes e frágeis para a cultura de segurança das instituições. Foram preenchidos 535 questionários e, destes, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão adotados no estudo, 360 (67,29%) foram analisados. Considerando-se os resultados totais, a porcentagem geral de respostas positivas foi de 51,64%. A dimensão com maior índice de respostas positivas foi *Aprendizado organizacional – melhoria contínua* (com 71,21%) e a que apresentou o pior desempenho foi *Resposta não punitiva ao erro* (com 26,19%). Avaliando-se os resultados por hospital, todas as instituições participantes apresentaram as dimensões *Adequação de profissionais* e *Resposta não punitiva aos erros* como áreas frágeis, e somente dois dos cinco hospitais apresentaram dimensões classificadas como *fortes*. Ao se comparar os resultados entre categorias profissionais, o grupo constituído por *Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais e Fonoaudiólogos* apresentou o maior percentual de respostas positivas (58,32%), enquanto o formado por *médicos* obteve o menor (45,40%). Os resultados encontrados demonstram que, apesar de estarem sob a coordenação de uma mesma entidade financiadora e normativa, as instituições avaliadas não apresentam similitude ou uniformidade quanto à cultura de segurança do paciente. Isso pressupõe a existência de microculturas locais e evidencia a necessidade de padronização de processos, protocolos e ferramentas, além do estabelecimento de ciclos de educação continuada que abranjam e envolvam todas as unidades e categorias profissionais do sistema. Os resultados demonstram ainda a necessidade de se estimular, promover e disseminar a cultura justa naquelas unidades.

Palavras-chave: segurança do paciente; hospitais; equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

EVALUATION OF PATIENT SAFETY CULTURE IN FIVE BRAZILIAN HOSPITALS BELONGING TO THE SAME MANAGING ORGANIZATION

Safety culture is the product of values, attitudes, perceptions, and individual and group competencies, the outcome of which determines an institution's commitment and style. The aim of this study was to analyze and compare patient safety culture in five Brazilian hospitals belonging to the same managing organization, from the perspective of different professional categories involved in patient care, using the *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) tool, translated and validated version in Brazil. The form was digitized and sent to the email addresses of professionals working in the listed hospitals. The percentages of positive, neutral, and negative responses were calculated to identify strong and weak areas for the institutions' safety culture. A total of 535 questionnaires were filled out, and, among these, after applying the inclusion and exclusion criteria adopted in the study, 360 (67.29%) were analyzed. Considering the overall results, the general percentage of positive responses was 51.64%. The dimension with the highest percentage of positive responses was *Organizational Learning – Continuous Improvement* (with 71.21%), and the one with the worse performance was *Non-Punitive Response to Error* (with 26.19%). When evaluating the results by hospital, all participating institutions showed *Adequacy of Professionals and Non-Punitive Response to Errors* as weak areas, and only two out of the five hospitals had dimensions classified as *Strong*. Comparing the outcomes among professional categories, the group consisting of *Physiotherapists, Occupational Therapists, and Speech Therapists* had the highest percentage of positive responses (58.32%), while the group of *doctors* had the lowest (45.40%). The results indicate that, despite being under the coordination of the same funding and regulatory entity, the evaluated institutions do not demonstrate similarity or uniformity regarding patient safety culture. This suggests the existence of local microcultures and highlights the need for standardization of processes, protocols, and tools, as well as the establishment of continuous education cycles that encompass and involve all units and professional categories within the system. The results also emphasize the need to encourage, promote, and disseminate a fair culture within those units.

Keywords: *patient safety; hospitals; patient care team.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Principais conceitos e definições, segundo a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (OMS).....	18
Quadro 2 - Etapas de desenvolvimento da cultura de segurança, conforme Hudson	22
Gráfico 1 - Distribuição percentual de respostas aos itens do HSOPSC, Hospital “A” (Manaus)	67
Gráfico 2 - Distribuição percentual de respostas aos itens do HSOPSC, Hospital “B” (Recife).....	68
Gráfico 3 - Distribuição percentual de respostas aos itens do HSOPSC, Hospital “C” (Brasília).....	69
Gráfico 4 - Distribuição percentual de respostas aos itens do HSOPSC, Hospital “D” (São Paulo)	70
Gráfico 5 - Distribuição percentual de respostas aos itens do HSOPSC, Hospital “E” (Porto Alegre).....	71
Quadro 3 - Comentários dos participantes do estudo, relacionados à cultura de segurança do paciente, de acordo com as dimensões do HSOPSC.	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Resultado do teste Alfa de Cronbach para cada dimensão e para o valor geral do questionário (Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC) da pesquisa sobre cultura de segurança realizada em cinco hospitais de um mesmo sistema de saúde da saúde suplementar (considerando-se os dados totais).	3636
Tabela 2	- Resultado do teste Alfa de Cronbach para cada dimensão e para o valor geral do questionário (Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC) da pesquisa sobre cultura de segurança realizada em cinco hospitais de um mesmo sistema de saúde da saúde suplementar (estratificando-se os dados por hospital participante).	37
Tabela 3	- Características sociodemográficas dos profissionais participantes.....	38
Tabela 4	- Variáveis relacionadas à atividade laborativa dos participantes.....	39
Tabela 5	- Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito da unidade, referente à dimensão Trabalho em equipe dentro das unidades	44
Tabela 6	- Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito da unidade, referente à dimensão Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações	46
Tabela 7	- Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito da unidade, referente à dimensão Aprendizado organizacional – melhoria contínua	48
Tabela 8	- Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito da unidade, referente à dimensão Retorno da informação e comunicação sobre erro	49
Tabela 9	- Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito da unidade, referente à dimensão Abertura da comunicação	50
Tabela 10	- Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito da unidade, referente à dimensão Adequação de profissionais	522
Tabela 11	- Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito da unidade, referente à dimensão Resposta não punitiva aos erros	53
Tabela 12	- Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar, referente à dimensão Apoio da gestão para segurança do paciente	54

Tabela 13 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar, referente à dimensão Trabalho em equipe entre as unidades	56
Tabela 14 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar, referente à dimensão Passagem de plantão ou de turno/transferência	58
Tabela 15 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente na dimensão de resultado Percepção geral da segurança do paciente	60
Tabela 16 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente na dimensão de resultado Frequência de relato de eventos	61
Tabela 17 - Percentual de respostas positivas às dimensões do HSOPSC.....	63
Tabela 18 - Avaliação da segurança do paciente e número de notificações de erros nos últimos 12 meses.....	65
Tabela 19 - Número absoluto e percentual de respostas positivas do HSOPSC por hospital.....	72
Tabela 20 - Número absoluto e percentual de respostas positivas do HSOPSC por categoria profissional (entre as seis mais representativas na pesquisa).	73
Tabela 21 - Nota de Segurança do Paciente, relativa à sua área/unidade de trabalho no hospital por categoria profissional (entre as seis mais representativas na pesquisa).....	75
Tabela 22 - Número de eventos notificados, no período de 12 meses, por categoria profissional (entre as seis mais representativas na pesquisa).	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	– <i>Agency Healthcare Research and Quality</i> (Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde, dos Estados Unidos)
AIH	– Autorização de Internação Hospitalar
Anvisa	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
EA	– Evento adverso
Fiocruz	– Fundação Oswaldo Cruz
HSOPSC	– <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> (Questionário Sobre Segurança do Paciente em Hospitais)
ICPS	– <i>International Classification for Patient Safety</i>
IOM	– <i>Institute of Medicine</i> (atual <i>National Academy of Medicine</i> – NAM, dos Estados Unidos)
Iras	– Infecções relacionadas à assistência à saúde
MS	– Ministério da Saúde
Notivisa	– Sistema de notificações de eventos adversos da ANVISA
NSP	– Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PNSP	– Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	– Resolução da Diretoria Colegiada
SAQ	– <i>Safety Attitude Questionnaire</i>
SUS	– Sistema Único de Saúde
SBAR	– <i>Situation-Background-Assessment-Recommendation</i>
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1. Segurança do paciente	166
2.2. Padronização internacional de conceitos relacionados à segurança do paciente	18
2.3. Gerenciamento de riscos como ação para segurança do paciente.....	19
2.4. Eventos adversos: impactos para o sistema de saúde	20
2.5. Cultura de segurança	21
2.6. Mudança na cultura organizacional para promover a segurança do cuidado	22
2.7. Avaliação da cultura de segurança do paciente	23
3. OBJETIVOS	25
3.1. Objetivo Geral	25
3.2. Objetivos específicos	25
4. MÉTODO	26
4.1. Delineamento do estudo	26
4.1.1. Hospital “A”	26
4.1.2. Hospital “B”	27
4.1.3. Hospital “C”	27
4.1.4. Hospital “D”	27
4.1.5. Hospital “E”	28
4.2. Universo amostral	28
4.3. Critérios de inclusão.....	28
4.4. Critérios de exclusão.....	28
4.5. Instrumento de coleta de dados	29
4.6. Procedimento para coleta de dados.....	281
4.7. Análise dos dados.....	32
4.8. Riscos	33

4.9. Benefícios	34
4.10. Aspectos éticos	34
5. RESULTADOS.....	35
5.1. Fidedignidade do instrumento de coleta de dados	35
5.2. Características sociodemográficas e variáveis relacionadas à atividade laboral dos profissionais participantes da pesquisa	38
5.3. Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente.....	43
5.4. Percentual médio de respostas positivas às dimensões do HSOPSC	62
5.5. Avaliação da segurança do paciente e o número de notificações de erros nos últimos 12 Meses	64
5.6. Resultados das 12 dimensões avaliadas apresentados por hospital	66
5.6.1. Hospital “A” (Manaus).....	67
5.6.2. Hospital “B” (Recife)	68
5.6.3. Hospital “C” (Brasília)	69
5.6.4. Hospital “D” (São Paulo).....	70
5.6.5. Hospital “E” (Porto Alegre).....	71
5.7. Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente, Nota de Segurança do Paciente e Número de Eventos Notificados por Categoria Profissional (entre as seis mais representativas na pesquisa)	72
5.8. Comentários sobre segurança do paciente nos hospitais	77
6. DISCUSSÃO.....	80
6.1. Características sociodemográficas dos participantes do estudo.....	80
6.2. Análise das dimensões da cultura de segurança do paciente (Nível Unidade)	82
6.2.1. Trabalho em equipe dentro das unidades	82
6.2.2. Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações	84
6.2.3. Aprendizado organizacional – melhoria contínua	85
6.2.4. Retorno da informação e comunicação sobre erro	86
6.2.5. Abertura da comunicação	88
6.2.6. Adequação de profissionais.....	89
6.2.7. Resposta não punitiva aos erros	90

6.3. Análise das dimensões da cultura de segurança do paciente (Nível Hospital).....	91
6.3.1. Apoio da gestão para a segurança do paciente	922
6.3.2. Trabalho em equipe entre as unidades	93
6.3.3. Passagem de plantão ou de turno/transferências.....	94
6.4. Análise das dimensões de resultados	96
6.4.1. Percepção geral da segurança do paciente	96
6.4.2. Frequência de relato de eventos	97
6.5. Análise dos resultados por categoria profissional	98
7. CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS.....	103
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/MG.....	113
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA ESCOLA PAULISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS (EPCM). 117	
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	122
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO (HSOPSC).....	124

1. INTRODUÇÃO

Em 1999, o então *Institute of Medicine* (IOM), atual *National Academy of Medicine* (NAM), dos Estados Unidos (EUA), publicou o estudo *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000). O estudo, baseado na análise de dados epidemiológicos, apontava uma elevada e preocupante incidência de eventos adversos (EA) nas instituições hospitalares norte-americanas, mostrando-se necessária uma revisão do modelo assistencial até então praticado.

A repercussão e o impacto gerados pelo estudo do IOM em todo o mundo suscitou a instituição da Aliança Mundial para Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2004. Desde sua criação, a Aliança é responsável por definir diretrizes e estratégias que buscam incentivar e divulgar boas práticas de segurança do paciente, envolvendo pontos sensíveis relacionados às principais causas de EA (Rigobello *et al.*, 2012).

Os danos ou lesões causadas ao paciente por EA impactam diretamente o custo da assistência à saúde, seja pelo aumento no período de internação do paciente e/ou pela necessidade da instituição de intervenções diagnósticas e terapêuticas não previstas inicialmente. Além do impacto econômico, os EA também respondem por elevados custos sociais (como o causado pelo absentismo laboral) e por mortes prematuras. Para que ocorra o EA é necessária uma sequência de falhas, que podem ser de caráter estrutural ou devido a descuidos, práticas ou comportamentos inadequados dos profissionais (Siman; Cunha; Brito, 2017).

No Brasil, as causas mais frequentes de EA são quedas, administração incorreta de medicamentos, falhas na identificação do paciente, erros em procedimentos cirúrgicos, infecções relacionadas à assistência à saúde e uso inadequado de dispositivos e equipamentos médicos (Furini; Nunes; Dallora, 2019).

Sempre que ocorra, o EA deve ser notificado ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) das instituições pelos profissionais que presenciaram o fato, por pacientes ou qualquer indivíduo que testemunhem o evento, por meio de formulários próprios que permitam o anonimato do relator. O NSP realizará a análise e a investigação dos fatos relatados, comunicando-os à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio do seu sistema próprio de notificações, o Notivisa - sistema informatizado responsável por captar as notificações de problemas

relacionados ao uso de tecnologias, processos assistenciais, produtos para a saúde, incidentes e EA (Siman; Cunha; Brito, 2017).

A análise das notificações realizada pelo NSP permite a aprendizagem organizacional, possibilitando que as causas dos erros sejam identificadas e possam, então, ser evitadas, a partir da revisão e melhoria dos processos assistenciais (Furini; Nunes; Dallora, 2019).

O foco na segurança do paciente, assim como na melhoria da qualidade do cuidado em saúde, requer uma visão sistêmica. Os setores de uma organização precisam estar integrados e interagir adequada e oportunamente. Momentos críticos de ameaça à segurança do paciente ocorrem justamente pela baixa integração das partes e falhas de comunicação em interações mal estabelecidas (Sousa; Mendes, 2019).

Para mensurar e compreender o grau de assimilação e capilaridade da segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado em saúde e de sua valorização na cultura organizacional, inúmeros instrumentos têm sido sugeridos. Dentre eles, o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Esta ferramenta foi desenvolvida e disponibilizada em 2004 pela *Agency Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos EUA - agência dedicada a melhorar a qualidade, o acesso a serviços e a efetividade dos cuidados em saúde (Nieva; Sorra, 2003). Em 2013, o HSOPSC foi traduzido para o português e validado para aplicação no Brasil, em trabalho conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), recebendo a denominação de *Questionário Sobre Segurança do Paciente em Hospitais* (Reis; Martins; Laguardia, 2012).

O HSOPSC foi escolhido para esta pesquisa por ter seu uso liberado e gratuito, ser confiável, eficiente e um dos instrumentos mais utilizados mundialmente para mensurar a cultura de segurança do paciente. Ademais, a ferramenta possibilita avaliar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente, por meio de questionamento sobre pontos relacionados à segurança, como valores, crenças e normas da organização, relato de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão.

Entre os estudos já desenvolvidos utilizando-se o HSOPSC, alguns buscaram avaliar a diferença na avaliação da cultura de segurança do paciente entre diferentes categorias profissionais, concluindo que tal diferença estava pautada, sobretudo, na execução de atividades interdependentes, que demandavam habilidades, conhecimentos, preparação e o uso de equipamentos/ferramentas e/ou processos de

trabalho distintos entre as categorias, além de apontarem diferenças também quanto à formação básica dos profissionais (Batista *et al.*, 2021).

Todavia, os estudos se limitavam, em sua maioria, a uma instituição hospitalar, setor ou categoria profissional, não sendo possível, portanto, depreender se tais diferenças perpetuavam independentemente do regionalismo, da categoria profissional ou da unidade em que o profissional atue.

Assim, com o presente estudo, pretende-se responder aos seguintes questionamentos:

- Há diferenças na percepção da cultura de segurança do paciente entre hospitais vinculados a uma mesma organização gestora?
- E entre as diferentes categorias profissionais que atuem em um mesmo hospital?
- E entre a mesma categoria profissional que atue em diferentes hospitais?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O embasamento teórico do presente estudo foi estruturado em sete tópicos que serão desenvolvidos na sequência, a saber: segurança do paciente, padronização internacional de conceitos relacionados à segurança do paciente, gerenciamento de riscos como ação para segurança do paciente, eventos adversos: impactos para o sistema de saúde, cultura de segurança, mudança na cultura organizacional para promover a segurança do cuidado e avaliação da cultura de segurança do paciente.

2.1. SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente objetiva a redução do risco de danos evitáveis associados à assistência em saúde (WHO, 2008a). É um tema que vem sendo discutido mundialmente e ganhado cada vez maior vulto.

Com a publicação do relatório do então *Institute of Medicine* (IOM), denominado *To err is human: Building a Safer Health System* (*Errar é humano: Construindo um Sistema de Saúde Seguro*, em tradução literal), em 1999 (Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000), a segurança do paciente ganhou grande notoriedade e, como foco da Organização Mundial de Saúde (OMS), passou a ser mote de pesquisas e estudos em nível mundial, figurando como dimensão essencial da qualidade em saúde (Reis; Martins; Laguardia, 2013).

No Brasil, somente em 2013, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), nos termos da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, objetivando contribuir para a qualificação do cuidado e da assistência em saúde nos estabelecimentos de saúde do território nacional (Brasil, 2013).

O PNSP propõe um conjunto de medidas para prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. O programa ainda apresenta os conceitos relevantes na área da Segurança do Paciente e as principais estratégias para sua implementação: suporte à execução de práticas seguras nos hospitais, criação de um sistema de notificação de incidentes, elaboração de protocolos e promoção de processos de capacitação (Brasil, 2013).

Ainda em 2013, em 25 julho, a Anvisa instituiu a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, que trata de ações para a segurança do paciente em serviços de saúde (Anvisa, 2013).

A RDC nº 36 da ANVISA tornou obrigatórias a criação de Núcleos de Segurança do Paciente em todos os serviços de saúde do país, públicos e privados, e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente por essas instituições, o qual envolve, dentre outras ações, a implementação de protocolos básicos de segurança do paciente (Anvisa, 2013).

A Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013, e a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, aprovaram os protocolos básicos de segurança do paciente no Brasil (Brasil, 2013).

Os protocolos básicos de segurança do paciente têm por características serem sistêmicos e gerenciáveis, promoverem a melhoria da comunicação, constituírem instrumentos para uma prática assistencial segura e possibilitarem o gerenciamento de riscos (Brasil, 2021).

Os seis protocolos básicos de segurança do paciente correspondem às metas internacionais definidas pela Organização Mundial de Saúde: Identificação do Paciente; Segurança na Prescrição, Uso e na Administração de Medicamentos; Comunicação Efetiva; Cirurgia Segura; Higiene das Mãos; e Prevenção de Quedas. No Brasil, incorporou-se à Meta 6 (Prevenção de Quedas) a Prevenção de Lesões por Pressão, por sua alta incidência nacional e por seus impactos no paciente e riscos associados (Brasil, 2013e).

O Protocolo de Identificação do Paciente garante a correta identificação do indivíduo, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa correta para a qual se destina (Brasil, 2013b).

O Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos visa promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde. (Brasil, 2013c).

A finalidade do Protocolo de Cirurgia Segura é determinar as medidas a serem implantadas a fim de reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde. (Shekelle *et al.*, 2013).

O Protocolo de Higienização das Mãos visa instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde do país, com o intuito de prevenir e controlar as infecções

relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes. (Brasil, 2013d).

Já o Protocolo de Prevenção de Quedas objetiva reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais. (Brasil, 2013a).

Por fim, o Protocolo de Prevenção de Lesões por Pressão (LPP) visa promover a prevenção da ocorrência de LPP e outras lesões da pele, devendo ser aplicado a todos os indivíduos vulneráveis e em todos os grupos etários. (Brasil, 2013e).

2.2. PADRONIZAÇÃO INTERNACIONAL DE CONCEITOS RELACIONADOS À SEGURANÇA DO PACIENTE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou, em 2010, a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety - ICPS*), que permitiu a categorização de informações acerca da segurança do paciente, de forma uniformizada, trazendo definições, conceitos, termos preferenciais e as relações entre eles. (WHO, 2009).

Tal padronização facilitou a comparação, medição, análise e interpretação de informações para melhorar os cuidados e qualificar a segurança nas organizações de saúde. (Direção Geral da Saúde de Portugal, 2011).

Alguns dos principais conceitos e definições abordados pela Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde são descritos a seguir.

Quadro 1 – Principais conceitos e definições, segundo a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (OMS)

Termos	Conceitos e definições
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 dano.
Evento adverso	Incidente que resultou em dano ao paciente.

Fonte: WHO (2009).

2.3. GERENCIAMENTO DE RISCOS COMO AÇÃO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

O gerenciamento de riscos afetos à segurança do paciente se baseia na previsão da ocorrência de erros pelo mapeamento de riscos e no estabelecimento de instrumentos para eliminar ou, ao menos, minimizá-los.

A gestão de riscos é um elemento essencial da boa governança assistencial. Para que seja mais eficaz, a gestão de riscos deve estar inserida na filosofia, nas práticas e nos processos, em vez de ser vista ou praticada como uma atividade em separado. Quando isso é alcançado, todas as pessoas da organização passam a se envolver com a gestão dos riscos (Couto; Pedrosa; Rosa, 2016).

Gerenciar riscos consiste em um processo que deve ser aplicado em qualquer situação de assistência, tendo suas etapas estabelecidas de forma proporcional à complexidade dos serviços de saúde. A implantação do gerenciamento de risco requer a utilização de métodos e instrumentos de avaliação do risco e o treinamento dos envolvidos na assistência. (Martinez, 2014).

Segundo Feldman (2009), essa implantação compreende seis etapas: identificação dos fatores potenciais de risco e eventos por área e setor; notificação e análise, com preenchimento de ficha de notificação para classificação de riscos, análises e intervenções no intuito de reduzir ou eliminá-los; tratamento dos riscos pelo monitoramento e utilização de ferramentas; controle de riscos mediante sensibilização, capacitação e aprimoramento dos profissionais; plano de comunicação baseado no *feedback* aos envolvidos, publicidade interna e engajamento de todos

(profissionais, pacientes e familiares); e disseminação da cultura de gerenciamento de risco (Feldman, 2009).

2.4. EVENTOS ADVERSOS: IMPACTOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE

Conforme definição da OMS, “evento adverso é um incidente que resultou em dano ao paciente” (WHO, 2009).

A ocorrência de eventos adversos representa um significativo problema aos sistemas de saúde por prolongar o tempo de internação de pacientes, aumentar os índices de morbimortalidade e elevar os custos assistenciais (ANVISA, 2016).

Para que sejam analisados e investigados pelos Núcleos de Segurança do Paciente, os eventos necessitam ser detectados e notificados. Há duas formas mais comumente usadas para detectar eventos adversos: a forma passiva e a forma ativa (Van Keulen, 2017).

A vigilância passiva é representada pela notificação espontânea de erros. Estudos indicam que há um alto índice de subnotificação e que a incidência de eventos adversos é exígua, em torno de 2,3% a 7,3%, quando o método usado é o levantamento de notificações espontâneas (Man *et al.*, 2011; Mendes *et al.*, 2013; Stausberg, 2014; apud Van Keulen, 2017).

Já a busca ativa de eventos adversos pode ser realizada pela revisão retrospectiva de documentos ou do prontuário do paciente. Esta revisão utiliza documentos administrativos como fonte de informações e possibilita contabilizar e analisar eventos adversos que ocorreram, foram registrados, mas não notificados (Dias; Martins; Navarro, 2012).

Independentemente da forma de detecção, o impacto financeiro devido a falhas de segurança é expressivo. Estima-se que aproximadamente 15% da despesa hospitalar total sejam decorrentes de EA, sendo que muitos desses são evitáveis. As incidências de EA subestimam a verdadeira extensão do dano ao paciente. Acredita-se que o impacto financeiro real e os danos para os pacientes sejam consideravelmente maiores (Furlan; Lima, 2020).

No Brasil, na saúde suplementar, além de inúmeras vidas perdidas, os eventos adversos são responsáveis por um custo anual de R\$ 5,19 bilhões a R\$ 15,57 bilhões de reais (Couto; Pedrosa; Rosa, 2016).

No Sistema Único de Saúde (SUS), um estudo demonstrou que pacientes que sofreram algum tipo de evento adverso durante a internação tiveram um incremento médio no custo de sua hospitalização de 98,83%. Para o sistema público, a incidência de eventos adversos custou um aumento médio da receita paga à instituição equivalente a 55% (Van Keulen, 2017).

2.5. CULTURA DE SEGURANÇA

Conhecer a cultura de segurança de uma determinada instituição é algo que pode facilitar o desenvolvimento de melhorias e a implantação de práticas de segurança no processo assistencial.

A definição mais comumente utilizada para a cultura de segurança foi realizada pela Agência Internacional de Energia Atômica (1987), quando da análise do acidente nuclear de Chernobyl, segundo a qual, a cultura de segurança seria o resultado do produto de valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais que determinam o compromisso e o estilo da instituição (Nascimento, 2011).

Adaptando tal conceito para a área da saúde, a cultura de segurança do paciente seria constituída por três componentes básicos: uma cultura justa, em que fosse consensual entre os indivíduos da instituição o que seriam comportamentos aceitáveis e inaceitáveis; uma cultura de notificação de incidentes, em que as pessoas estivessem preparadas para relatar seus erros e incidentes; e, por fim, uma cultura de aprendizagem, em que, a organização pudesse aprender com os seus próprios erros (Reis, 2013; Façanha, 2019).

Para Schein (1992), a cultura é composta por camadas de pressupostos e crenças cuja interação transparece como comportamentos (normas e valores) e, por fim, como artefatos. As crenças, os valores e os pressupostos de uma organização são as pedras fundamentais para a compreensão de como as mudanças serão vistas e tratadas.

De maneira prática, podemos dizer que promover um ambiente e uma estrutura suficientes, que evidenciem a preocupação com a segurança, permite que os valores e crenças possam impulsionar a cultura para o caminho da segurança. Assim, de nada adianta, por exemplo, uma política institucional que exija o comportamento de lavar as mãos, se a própria instituição deixar de se organizar e planejar o consumo e a aquisição de insumos para essa prática.

2.6. MUDANÇA NA CULTURA ORGANIZACIONAL PARA PROMOVER A SEGURANÇA DO CUIDADO

A cultura de uma organização deve se adaptar às mudanças internas e externas, como um sistema dinâmico, impulsionada pela disposição para mudar, sua flexibilidade e abertura para aprender. Essas foram algumas das lições que, ao longo do desenvolvimento do conhecimento em segurança do paciente, foram absorvidas das chamadas indústrias de alta confiabilidade.

Tais indústrias, pertencentes a áreas de aviação, energia nuclear, navegação, entre outras, possuem essa denominação pois desenvolveram, ao longo de anos, sistemas de segurança capazes de manter operações sem falhas (ou reduzidas ao mínimo) em um ambiente de alto perigo e grandes riscos.

De forma adaptada à área da saúde, Hudson (2003) propôs cinco etapas de desenvolvimento da cultura de segurança, a saber:

Quadro 2 – Etapas de desenvolvimento da cultura de segurança

Etapas	
Patológica	A segurança é um problema causado pelos trabalhadores e o foco principal é a manutenção do negócio e não ser autuado por órgão regulador.
Reativa	As organizações começam a levar a sério a segurança, mas somente há alguma ação depois de terem ocorrido incidentes.
Calculativa	A segurança é impulsionada por sistemas de gerenciamento, com muita coleta de dados. A segurança ainda é impulsionada, principalmente, por gestão, e imposta, em vez de procurada pelos profissionais.
Proativa	Há um melhor desempenho, no qual o inesperado é um desafio, fazendo com que o envolvimento da força de trabalho comece a ter iniciativas longe de uma abordagem puramente de cima para baixo.
Generativa	Há participação ativa em todos os níveis. Segurança é percebida como uma parte inerente do negócio. As organizações são caracterizadas por desconforto crônico contra a complacência.

Fonte: Hudson (2003).

Há várias referências na literatura de segurança do paciente que reforçam a importância de se implantar práticas de segurança que garantam um impacto mais abrangente na mudança da cultura. Entre as ações recomendadas estão:

- envolvimento da alta liderança e comprometimento com a segurança (IHI/NPSF, 2017), que pode ser realizado por meio de treinamentos

específicos do conselho e das diretorias e rondas executivas (Weaver *et al.*, 2013);

- desenvolvimento de lideranças para que possam servir de modelo para as atitudes e tomadas de decisão pela segurança do paciente (Government of Ireland, 2008);
- treinamento das equipes, com foco em trabalho em conjunto, técnicas e práticas de comunicação efetiva, cooperação, colaboração e liderança, estabelecendo claramente a expectativa do comportamento desejado (Government of Ireland, 2008);
- desenvolvimento da segurança psicológica e de cultura justa, por meio de mecanismos que permitam que as pessoas possam relatar erros e falhas, e discutir oportunidades de melhoria.

Uma organização com cultura de segurança positiva é caracterizada por uma cultura com resultados favoráveis para os pacientes, tais como diminuição das taxas de readmissão e mortalidade, satisfação do paciente e seus familiares sobre os cuidados prestados e uma menor taxa de danos (Mello, 2013).

2.7. AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Conforme Pronovost e Sexton (2005), para se estabelecer uma cultura de segurança em uma organização de saúde, o primeiro passo é avaliar a cultura corrente.

A avaliação da cultura de segurança, já exigida por organismos internacionais de acreditação hospitalar, permite identificar e gerir prospectivamente as questões relevantes de segurança nas rotinas e nas condições de trabalho, a fim de monitorar mudanças e resultados relacionados à segurança (Reis *et al.*, 2013).

A maior parte dos estudos que avaliam cultura de segurança em organizações de saúde utiliza questionários como instrumento de coleta de dados (Reis *et al.*, 2013). Tais ferramentas se fundamentam em uma combinação de dimensões e são considerados como uma estratégia eficiente, devido à possibilidade de se manter o anonimato do respondente e por seus custos mais reduzidos (Flin, 2007).

O HSOPSC, desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), tem sido amplamente utilizado em todo o mundo para mensurar cultura de

segurança do paciente, sendo considerado um instrumento válido, confiável e eficiente (Reis *et al.*, 2013).

3. OBJETIVOS

Os objetivos estabelecidos para o presente estudo seguem a premissa básica da assistência hospitalar, de forma especial a que se refere à segurança do paciente.

3.1. OBJETIVO GERAL

Analisar e comparar a cultura de segurança do paciente em cinco hospitais brasileiros pertencentes a uma mesma organização gestora, sob a perspectiva dos profissionais atuantes na assistência ao paciente, utilizando-se o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), validado para o contexto hospitalar brasileiro.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar e compreender os parâmetros sociodemográficos e ocupacionais dos participantes do estudo, com relação às dimensões investigadas da cultura de segurança do paciente;
- Avaliar e comparar o número de respostas positivas obtidas no HSOPSC, nota de segurança do paciente e número de eventos comunicados, das diferentes categorias profissionais;
- Identificar os pontos positivos e oportunidades de melhoria na cultura de segurança do paciente dos hospitais participantes, conforme resultados do HSOPSC.

4. MÉTODO

O método científico utilizado para a efetivação da pesquisa que embasou este trabalho, observou o seguinte planejamento e estrutura: delineamento do estudo, com escolha das instituições hospitalares a investigar; definição da população da amostra; seleção do instrumento de coleta de dados; estabelecimento dos procedimentos para a coleta de dados, com definição de datas e envio do questionário para a população alvo; análise dos dados.

Foram também definidos os critérios de inclusão e de exclusão de profissionais participantes da pesquisa, avaliados os riscos e estabelecida estratégia para a sua mitigação, bem como avaliados os benefícios da pesquisa.

Por fim, foram registradas as normas e procedimentos éticos aplicáveis ao trabalho, conforme consta ao fim desta seção.

4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

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

A presente investigação foi realizada entre os profissionais atuantes na assistência ao paciente de cinco hospitais que prestam atendimento em nível terciário, localizados nas cidades de Manaus/AM (Região Norte), Recife/PE (Região Nordeste), Brasília/DF (Região Centro-Oeste), São Paulo/SP (Região Sudeste) e Porto Alegre/RS (Região Sul), todos vinculados e sob a égide de uma mesma organização gestora.

Os cinco hospitais foram escolhidos para este estudo por prestarem o mesmo nível de atendimento e por serem estruturalmente semelhantes, pertencendo a uma mesma categoria na organização gestora estudada.

4.1.1. Hospital “A”

Localizado na cidade de Manaus, no estado do Amazonas, região Norte do Brasil, tinha, à época, 40 leitos de internação clínica/cirúrgica, seis leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Adulto e um centro cirúrgico com quatro salas de cirurgia.

Seu corpo clínico era formado por 257 profissionais, sendo 79 médicos, 36 dentistas, 19 farmacêuticos, 14 enfermeiros e 62 técnicos de enfermagem, além de 47 outros tipos de profissionais (como fisioterapeutas, psicólogos e técnicos de radiologia).

4.1.2. Hospital “B”

Localizado na cidade de Recife, no estado de Pernambuco, região Nordeste do Brasil, apresentava, à época, 57 leitos de internação clínica/cirúrgica, dez leitos de UTI Adulto e um centro cirúrgico com seis salas de cirurgia.

Seu corpo clínico compreendia 322 profissionais, sendo 102 médicos, 39 dentistas, 21 farmacêuticos, 25 enfermeiros e 87 técnicos de enfermagem, além de 48 outros profissionais (entre eles fisioterapeutas, psicólogos e técnicos de radiologia).

4.1.3. Hospital “C”

Localizado na capital federal do Brasil, Brasília, região Centro-Oeste de nosso país, apresentava 16 leitos de internação clínica/cirúrgica, dez leitos de UTI Adulto e um centro cirúrgico com quatro salas de cirurgia.

Seu corpo clínico era formado, à época, por 493 profissionais, sendo 127 médicos, 100 dentistas, 32 farmacêuticos, 32 enfermeiros e 88 técnicos de enfermagem, além de 114 outros profissionais (entre eles fisioterapeutas, psicólogos e técnicos de radiologia).

4.1.4. Hospital “D”

Localizado na cidade de São Paulo, capital do estado de São Paulo, na região Sudeste do Brasil, apresentava, à época, 75 leitos de internação clínica/cirúrgica, 15 leitos de UTI Adulto e um centro cirúrgico com sete salas de cirurgia.

Seu corpo clínico compreendia 438 profissionais, sendo 149 médicos, 27 dentistas, 21 farmacêuticos, 52 enfermeiros e 132 técnicos de enfermagem, além de 57 outros profissionais (entre eles fisioterapeutas, psicólogos e técnicos de radiologia).

4.1.5. Hospital “E”

Localizado na capital do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, região Sul de nosso país, apresentava, à época, 92 leitos de internação clínica/cirúrgica, oito leitos de UTI Adulto e um centro cirúrgico com cinco salas de cirurgia.

Possuía um corpo clínico constituído por 321 profissionais, sendo 92 médicos, cinco dentistas, 19 farmacêuticos, 26 enfermeiros e 126 técnicos de enfermagem, além de 53 outros tipos de profissionais (como fisioterapeutas, psicólogos e técnicos de radiologia).

4.2. UNIVERSO AMOSTRAL

A população do estudo foi composta pelos 1.831 profissionais de saúde atuantes nos hospitais elencados para o estudo.

Responderam à pesquisa 535 profissionais (29,22% da amostra), dos cinco hospitais avaliados, porém, após aplicados os critérios de inclusão e exclusão na pesquisa, obteve-se uma amostra final de 360 questionários (amostra estatisticamente significativa, com grau de confiança de 95% e margem de erro de 5%).

4.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos neste estudo os profissionais que trabalhassem há, pelo menos, um ano nas instituições avaliadas e que tivessem entre 18 (dezoito) e 70 (setenta) anos.

4.4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos do estudo os profissionais que não realizassem atividades de assistência direta ao paciente (como aqueles que ocupassem cargos exclusivos de chefia, administração, secretários e auxiliares administrativos).

4.5. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu através da aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), em sua versão traduzida, adaptada e validada para a realidade brasileira. (Reis *et al.*, 2013) (Apêndice B).

Além de abranger questões que envolvam dados sociodemográficos e informações acerca da atividade laborativa dos participantes, incluindo idade, sexo, profissão, grau de instrução, tempo de experiência profissional, tempo de serviço no hospital e carga horária semanal, o questionário contém 42 itens que avaliam a cultura de segurança do paciente, distribuídos em três a quatro itens para cada uma das 12 dimensões avaliadas. Destas, três dimensões são relacionadas ao hospital, sete dimensões relacionadas à unidade de trabalho do profissional dentro do hospital e duas variáveis de resultado.

A maior parte dos itens era respondida em uma escala de cinco pontos (tipo *Likert-scale*)¹ refletindo a taxa de concordância: de *discordo fortemente* (1) a *concordo fortemente* (5), com uma categoria neutra *nenhum dos dois* (3). Outros itens eram respondidos utilizando-se uma escala de frequência de cinco pontos: de *nunca* (1) a *sempre* (5). As duas variáveis de resultado eram respondidas da seguinte forma: a) nota de segurança do paciente: medida por uma escala de cinco pontos de *excelente* (1) a *muito ruim* (5); e b) número de eventos relatados: quantos relatórios de eventos você escreveu e entregou, nos últimos 12 meses – categorias de respostas: *nenhum*, *1-2 eventos*, *3-5 eventos*, *6 a 10 eventos*, *11 a 20 eventos* e *21 ou mais* (Reis; Laguardia; Martins, 2012).

Optou-se por essa ferramenta por sua livre disponibilidade por via eletrônica e sem ônus e por seu uso extenso em diferentes contextos culturais. (Reis *et al.*, 2013; PROQUALIS, 2013).

As definições de cada uma das dimensões mensuráveis pelo HSOPSC, descritas a seguir, auxiliam a uma melhor compreensão da avaliação da cultura de segurança do paciente. (Reis, 2013).

¹ *Likert-scale* ou escala de Likert é um método de medição utilizado em questionários com o objetivo de avaliar a opinião e as atitudes das pessoas. Disponível em: <https://www.questionpro.com/blog/pt-br/escala-de-likert-o-que-e-e-como-utilizar/>.

- a. **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 melhoria da segurança do paciente.
- b. **Aprendizado organizacional e melhoria contínua:** avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e avalia a efetividade das mudanças ocorridas.
- c. **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.
- d. **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 com maior autoridade.
- e. **Retorno das informações e da comunicação sobre erro:** avalia a percepção dos funcionários no hospital, se eles relatam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias para evitar novos erros.
- f. **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.
- g. **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.
- h. **Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente:** avalia se a administração e a gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que

promova a segurança do paciente e demonstre que a segurança do paciente é prioritária.

- i. **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.
- j. **Passagens de plantão/turno e transferências internas:** avalia se as informações importantes sobre o cuidado aos pacientes são transferidas pelas unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno.
- k. **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.
- l. **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 afetassem o paciente.

4.6. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e dezembro de 2022. A coleta foi conduzida nos hospitais já relatados, de forma que os profissionais foram convidados a participar da presente investigação. Para a coleta de dados, o questionário foi enviado por um *link*, desenvolvido pela ferramenta SurveyMonkey®, via e-mail, utilizando-se o formulário validado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) – Questionário Sobre Segurança do Paciente em Hospitais.

Os endereços dos e-mails dos profissionais foram fornecidos pelas Seções de Pessoal/Secretarias dos hospitais avaliados. Ao acessar o *link* enviado por e-mail, o participante era encaminhado para uma página inicial composta pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na qual ele era informado sobre os objetivos da pesquisa, seus riscos e seu caráter voluntário em respondê-la. O participante poderia declinar sua participação no estudo caso clicasse na opção *Não*

ao fim do TCLE ou simplesmente fechasse a janela do navegador utilizado para visualização da página, a qualquer momento.

Caso se voluntariasse a responder à pesquisa, clicando na opção *Sim*, o participante era encaminhado para o questionário, o qual compreendia 12 dimensões ou fatores da cultura de segurança em escala de múltiplos itens.

Após o envio do primeiro convite para participação na pesquisa, caso não houvesse retorno do participante, um lembrete era disparado a cada dez a quatorze dias, por até três vezes.

4.7. ANÁLISE DOS DADOS

Para realizar a análise descritiva do instrumento e avaliação da cultura de segurança dos hospitais participantes, foram calculados os percentuais de respostas positivas às dimensões sobre cultura de segurança do paciente, definidos como o percentual médio de respostas positivas aos itens componentes da dimensão do HSOPSC. O percentual de respostas positivas para cada dimensão foi calculado usando-se a seguinte fórmula (Sorra; Nieva, 2004):

$$\text{Respostas positivas da dimensão (\%)} = \left[\frac{\text{número de respostas positivas aos itens da dimensão}}{\text{número total de respostas válidas aos itens da dimensão (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)}} \right] \times 100$$

Fórmula semelhante foi utilizada para calcular os percentuais de respostas positivas para cada item da dimensão (Sorra; Nieva, 2004):

$$\text{Respostas positivas ao item da dimensão (\%)} = \left[\frac{\text{número de respostas positivas ao item da dimensão}}{\text{número total de respostas válidas ao item da dimensão (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)}} \right] \times 100$$

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

- respostas positivas: as respostas em que foram assinaladas a opção 4 ou 5 (concordo / concordo totalmente ou quase sempre / sempre) para as sentenças formuladas de forma positiva com relação à segurança do

paciente, ou 1 ou 2 (discordo / discordo totalmente ou nunca / raramente) nas perguntas formuladas negativamente;

- respostas neutras: as respostas em que foram assinaladas a opção 3 (nem discordo nem concordo ou às vezes) para qualquer pergunta;
- respostas negativas: as respostas em que foram assinaladas as opções 1 ou 2 (discordo / discordo totalmente ou nunca / raramente) para as perguntas formuladas de forma positiva, ou 4 ou 5 (concordo / concordo totalmente ou quase sempre / sempre) nas sentenças formuladas negativamente.

Foram consideradas *áreas fortes da segurança do paciente* nos hospitais aquelas cujos itens escritos positivamente obtiverem 75% ou mais de respostas positivas (*concordo totalmente* ou *concordo*), ou aquelas cujos itens escritos negativamente, obtiverem 75% ou mais das respostas negativas (*discordo totalmente* ou *discordo*). De modo semelhante, *áreas frágeis da segurança do paciente* e que necessitam de melhoria foram consideradas aquelas cujos itens obtiverem 50% ou menos de respostas positivas. (Sorra; Nieva, 2004).

As porcentagens foram calculadas somente sobre as respostas válidas dos questionários, o que não compromete os resultados do estudo pelo fato de os itens não serem de preenchimento obrigatório.

Após a coleta, os dados foram organizados em banco de dados do Programa Microsoft Excel®, versão 2013.

Utilizou-se o coeficiente de Alfa de Cronbach para análise da fidedignidade do instrumento, sendo calculado um valor para cada dimensão e para o geral do questionário. Conforme Cronbach (1951), tal índice infere a consistência interna de uma escala, com variação de 0 a 1 e, quanto mais próximo de 1, melhor é a confiabilidade do questionário.

4.8. RISCOS

Esta pesquisa apresentava alguns riscos, considerados como *riscos mínimos* e que se restringiam à mínima possibilidade de identificação dos participantes a partir dos dados coletados (como idade, sexo e cargo/função). Para minimizar tal risco, o pesquisador cumpriu os devidos protocolos e padrões de sigilo, utilizando as informações coletadas estritamente para fins acadêmicos e científicos.

Em razão de haver coleta de dados de forma não presencial, ou seja, realizada em um ambiente virtual, há riscos característicos desse meio, em função das limitações das tecnologias utilizadas pelos participantes.

4.9. BENEFÍCIOS

Caracterizar a percepção dos profissionais quanto à cultura de segurança do paciente em suas instituições possibilitará encontrar soluções e linhas de ação para melhoria de práticas, direcionando objetivos de intervenção e minimizando possíveis danos evitáveis ao paciente.

4.10. ASPECTOS ÉTICOS

Antes de proceder à coleta de dados, os candidatos foram orientados e esclarecidos sobre a pesquisa, por meio de um vídeo amplamente divulgado em cada uma das instituições hospitalares elencadas para o estudo. Aqueles que aceitaram o convite enviado para o seu endereço de correio eletrônico foram direcionados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e, em seguida, ao questionário.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, tendo sido aprovado em 9 de agosto de 2022 e registrado na Plataforma Brasil sob o número CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) 60112722.9.0000.5147, com o Parecer nº 5.570.998 (Anexo A).

O Hospital “D” (São Paulo), instituição coparticipante do estudo, possui Comitê de Ética vinculado àquela instituição, motivo pelo qual o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Paulista de Ciências Médicas (EPCM), tendo sido aprovado em 18 de novembro de 2022, sob o número CAAE 60112722.9.3002.9887, com o Parecer nº 5.764.393 (Anexo B).

5. RESULTADOS

Os resultados serão alocados em sete seções distintas (5.1 a 5.7), objetivando-se uma melhor depreensão dos mesmos. A primeira seção apresenta a fidedignidade do instrumento de coleta, com resultados obtidos pelo Alfa de Cronbach; a segunda seção apresenta as características sociodemográficas e as variáveis relacionadas à atividade laborativa dos participantes do estudo; a terceira, apresenta as respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente; a quarta seção se refere ao percentual médio de respostas positivas às dimensões do HSOPSC; a quinta traz a avaliação da segurança do paciente e o número de notificações de erros nos últimos 12 meses; a sexta seção apresenta os resultados das doze dimensões de cada hospital participante, separadamente; e a sétima seção apresenta os resultados segmentados por categorias profissionais (sendo elencados os cinco maiores grupos participantes do estudo), trazendo a avaliação da cultura de segurança do paciente, nota de segurança do paciente e número de eventos notificados, no período de 12 meses.

Por fim, serão apresentados os comentários relacionados à cultura de segurança do paciente, registrados pelos respondentes ao final do questionário.

5.1. FIDEDIGNIDADE DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Utilizou-se o coeficiente Alfa de Cronbach para avaliar a confiabilidade da consistência do instrumento. Neste estudo, o valor do Alfa de Cronbach das dimensões avaliadas (considerando-se os dados totais) variou entre 0,45 (dimensão *Adequação de profissionais*) e 0,91 (dimensão *Frequência de notificação de eventos*). O valor do coeficiente para o instrumento foi de 0,92, como será apresentado na Tabela 1.

Estratificando-se os dados por hospital participante, os valores do Alfa de Cronbach gerais foram de 0,90 para o Hospital “A” (Manaus); 0,94 para o Hospital “B” (Recife); 0,91 para o Hospital “C” (Brasília); 0,92 para o Hospital “D” (São Paulo); e de 0,93 para o Hospital “E” (Porto Alegre). Os valores dos coeficientes por dimensão avaliada em cada hospital estão discriminados na Tabela 2.

Tabela 1 - Resultado do teste Alfa de Cronbach para cada dimensão e para o valor geral do questionário (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) da pesquisa sobre cultura de segurança realizada em cinco hospitais de um mesmo sistema de saúde da saúde suplementar (considerando-se os dados totais)

Dimensão	Valor do Alfa de Cronbach
Trabalho em equipe dentro das unidades	0,77
Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações	0,82
Aprendizado organizacional - melhoria contínua	0,73
Retorno da informação e comunicação sobre erro	0,72
Abertura da comunicação	0,70
Adequação de profissionais	0,45
Resposta não punitiva aos erros	0,48
Apoio da gestão para a segurança do paciente	0,82
Trabalho em equipe entre as unidades	0,63
Passagem de plantão ou de turno/transferência	0,76
Percepção geral da segurança do paciente	0,56
Frequência de relato de eventos	0,91
Geral	0,92

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Tabela 2 - Resultado do teste Alfa de Cronbach para cada dimensão e para o valor geral do questionário (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) da pesquisa sobre cultura de segurança realizada em cinco hospitais de um mesmo sistema de saúde da saúde suplementar (estratificando-se os dados por hospital participante)

Dimensão	A	B	C	D	E
Trabalho em equipe dentro das unidades	0,71	0,64	0,73	0,78	0,80
Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações	0,76	0,85	0,77	0,84	0,87
Aprendizado organizacional - melhoria contínua	0,35	0,66	0,73	0,70	0,82
Retorno da informação e comunicação sobre erro	0,56	0,63	0,75	0,68	0,74
Abertura da comunicação	0,78	0,84	0,72	0,65	0,67
Adequação de profissionais	0,35	0,28	0,54	0,45	0,38
Resposta não punitiva aos erros	0,69	0,64	0,47	0,48	0,20
Apoio da gestão para a segurança do paciente	0,75	0,76	0,82	0,80	0,87
Trabalho em equipe entre as unidades	0,71	0,70	0,77	0,70	0,63
Passagem de plantão ou de turno/transferência	0,74	0,83	0,78	0,67	0,76
Percepção geral da segurança do paciente	0,37	0,49	0,37	0,62	0,62
Frequência de relato de eventos	0,82	0,91	0,90	0,93	0,90
Geral	0,90	0,94	0,91	0,92	0,93

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Legenda: A: Hospital "A" (Manaus); B: Hospital "B" (Recife); C: Hospital "C" (Brasília); D: Hospital "D" (São Paulo); e E: Hospital "E" (Porto Alegre).

5.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E VARIÁVEIS RELACIONADAS À ATIVIDADE LABORAL DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A Tabela 3, disposta abaixo, apresenta as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa.

Tabela 3 - Características sociodemográficas dos profissionais participantes

Variáveis	A n = 33 "N" Absoluto	B n = 34 "N" Absoluto	C n = 101 "N" Absoluto	D n = 124 "N" Absoluto	E n = 68 "N" Absoluto	Total n = 360 "N" Absoluto (%)
Sexo					*	
Feminino	23	17	79	74	53	246 (68,52)
Masculino	10	17	22	50	14	113 (31,48)
Faixa etária	*	*	*	*		
Até 35 anos	8	10	38	53	16	125 (35,41)
Acima de 35 anos	24	23	62	67	52	228 (64,59)
Grau de escolaridade	*	*	*	*	*	
Ensino Médio Completo	2	2	5	16	5	30 (8,47)
Ensino Superior Incompleto	2	0	17	17	12	48 (13,56)
Ensino Superior Completo	2	1	13	12	5	33 (9,32)
Especialização	21	24	51	65	28	189 (53,39)
Mestrado/Doutorado	5	5	14	13	17	54 (15,25)

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

* Dados ausentes

Legenda: A: Hospital "A" (Manaus); B: Hospital "B" (Recife); C: Hospital "C" (Brasília); D: Hospital "D" (São Paulo); e E: Hospital "E" (Porto Alegre).

As características da população do estudo demonstram predominância do sexo feminino, tanto na amostra total (68,52% dos participantes) quanto nas amostras estratificadas por hospital (59,68 a 79,10%), exceto pelo Hospital “B” (Recife), em que a divisão por sexo se deu de forma equitativa.

Quanto à faixa etária, 64,59% dos participantes possuíam idade superior a 35 anos, enquanto 35,41%, até 35 anos, o que também reflete os dados estratificados por unidade hospitalar. A média de idade dos respondentes foi de 37,54 (\pm 6,04) anos, com variação de 21 a 57 anos e mediana de 37 anos. O predomínio da faixa etária superior a 35 anos também ocorreu na análise de dados segmentada por hospital.

Já em relação ao nível de instrução, 53,39% apresentam grau de Especialização, predominância que também ocorre quando há estratificação dos dados por hospital. Em contrapartida, na amostra total, apenas 8,47% relataram possuir Ensino Médio Completo como maior nível de instrução.

Na Tabela 4, a seguir, são apresentadas as variáveis relacionadas à atividade laborativa.

Tabela 4 - Variáveis relacionadas à atividade laborativa dos participantes

Variáveis	A n = 33 “N” Absoluto	B n = 34 “N” Absoluto	C n = 101 “N” Absoluto	D n = 124 “N” Absoluto	E n = 68 “N” Absoluto	Total n = 360 “N” Absoluto (%)
Cargo/Função no hospital	*					
Médico do Corpo Clínico / Médico Assistente	6	13	9	29	15	72 (20,06)
Enfermeiro	3	8	15	35	10	71 (19,78)
Técnico de Enfermagem	6	1	36	44	18	105 (29,25)
Auxiliar de Enfermagem	00	00	00	00	00	00 (00,00)
Farmacêutico / Bioquímico / Biólogo / Biomédico	3	00	8	2	5	18 (5,01)

Odontólogo	6	5	16	5	2	34 (9,47)
Nutricionista	00	2	1	1	2	6 (1,67)
Fisioterapeuta / Terapeuta Respiratório / Terapeuta Ocupacional / Fonoaudiólogo	3	1	8	7	4	23 (6,41)
Psicólogo	2	00	00	1	00	3 (0,84)
Assistente Social	00	00	00	00	00	00 (00,00)
Técnico (p. ex. ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)	00	00	04	00	6	10 (2,79)
Administração/Direção	2	00	00	00	3	5 (1,39)
Auxiliar Administrativo/Secretário	00	00	1	00	1	2 (0,56)
Outros	2	4	3	00	01	10 (2,79)
Sua área/unidade de trabalho		*		*		
Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica	6	2	9	11	15	43 (12,04)
Clínica (não cirúrgica)	4	4	16	36	07	67 (18,77)
Cirurgia	4	7	14	18	13	56 (15,69)
Pediatria	1	00	00	2	00	3 (0,84)
Setor de Emergência	1	4	7	10	4	26

						(7,28)
Unidade de Terapia Intensiva (qualquer tipo)	3	4	8	19	5	39 (10,92)
Psiquiatria/saúde mental	2	00	00	4	00	6 (1,68)
Reabilitação	1	1	8	3	1	14 (3,92)
Farmácia	00	00	6	2	4	12 (3,36)
Laboratório	3	00	4	1	3	11 (3,08)
Radiologia	00	1	3	4	5	13 (3,64)
Anestesiologia	1	1	00	2	00	04 (1,12)
Outras	7	9	26	10	11	63 (17,65)

Tempo que trabalha no hospital (em anos)

1-5	25	19	83	98	43	268 (74,44)
6-10	5	6	15	21	12	59 (16,39)
11-15	2	8	2	5	11	28 (7,78)
16-20	1	1	1	00	1	4 (1,11)
> 21	00	00	00	00	1	1 (0,28)

Tempo que trabalha na atual área/unidade (em anos)		*				
< 1	1	1	10	8	6	26 (7,24)
1-5	24	22	72	89	44	251 (69,92)
6-10	6	5	11	19	12	53 (14,76)
11-15	1	6	7	8	5	27 (7,52)
16-20	1	00	00	00	1	2 (0,56)
> 21	00	00	00	00	00	00 (0,00)
Quantas horas por semana trabalha no hospital		*				
Menos de 20 horas	00	00	1	3	1	5 (1,40)
20 a 39 horas	18	15	79	52	30	194 (54,34)
40 a 59 horas	12	17	21	56	23	129 (36,13)
60 a 79 horas	3	2	00	8	11	24 (6,72)
80 a 99 horas	00	00	00	1	1	2 (0,56)
100 horas ou mais	00	00	00	2	1	3 (0,84)

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

* Dados ausentes

Legenda: A: Hospital "A" (Manaus); B: Hospital "B" (Recife); C: Hospital "C" (Brasília); D: Hospital "D" (São Paulo); e E: Hospital "E" (Porto Alegre).

Entre os profissionais participantes do estudo, 29,25% são técnicos de enfermagem, 20,06% médicos do corpo clínico do hospital e 19,78% enfermeiros, compreendendo as três classes predominantes dentre os respondentes. Tal lógica se repete, quando comparados os dados estratificados por unidade hospitalar, exceto no Hospital “B” (Recife), em que somente um técnico de enfermagem respondeu à pesquisa.

Quanto à principal área/unidade de trabalho, os dados não estratificados demonstraram que 18,77% dos participantes se enquadram em Clínica (não cirúrgica), 15,69% em Cirurgia e 10,92% em Unidade de Terapia Intensiva. Dentre a opção *Outras*, o termo *Odontologia* (ou correlatos) correspondeu a 7,00%.

Em relação ao tempo em que trabalha no hospital, 74,44% dos profissionais relataram que trabalham naquela unidade hospitalar entre um e cinco anos; 16,39%, de seis a 10 anos; e 7,78%, entre 11 e 15 anos.

Já quando questionados sobre o tempo em que trabalhavam na atual área/unidade do hospital, 69,92% responderam que entre um e cinco anos; 14,76% de seis e 10 anos; e 7,52% de 11 a 15 anos.

Em relação à carga horária semanal, 54,34% relataram trabalhar entre 20 e 39 horas por semana; 36,13%, entre 40 e 59 horas; e 6,72% entre 60 e 79 horas.

5.3. RESPOSTAS POSITIVAS, NEGATIVAS E NEUTRAS OBTIDAS NA AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

As tabelas dispostas a seguir apresentam os resultados positivos, negativos e neutros referentes à avaliação da cultura de segurança do paciente, respectivamente, no âmbito da unidade, no âmbito hospitalar e nas dimensões de resultado.

As tabelas numeradas de 5 a 11 apresentam os resultados (positivos, negativos e neutros) referentes à avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito da unidade.

As tabelas numeradas de 12 a 14 apresentam os resultados (positivos, negativos e neutros) referentes à avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar.

As tabelas 15 e 16 apresentam as dimensões de resultado.

Tabela 5 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito da unidade, referente à dimensão *Trabalho em equipe dentro das unidades*

Dimensão		Trabalho em equipe dentro das unidades										
Item	A1			A3			A4			A11		
Descrição	Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras *			Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente			Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito			Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam *		
	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)
A	27 (81,82)	3	3	25 (75,76)	1	7	30 (90,91)	1	2	18 (54,54)	11	4
B	26 (76,47)	3	5	24 (70,59)	4	6	28 (82,35)	1	5	15 (44,11)	13	6
C	86 (85,15)	6	9	85 (84,15)	7	9	88 (87,13)	6	7	63 (62,38)	22	16
D	87 (70,73)	19	17	87 (70,16)	20	17	99 (79,84)	11	14	57 (46,35)	43	23
E	44 (64,71)	10	14	49 (72,06)	13	6	49 (72,06)	6	13	32 (47,76)	27	8
Total	270 (75,21)	41 (11,42)	48 (13,37)	270 (75,00)	45 (12,50)	45 (12,50)	294 (81,67)	25 (6,94)	41 (11,39)	185 (51,68)	116 (32,40)	57 (15,92)

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

* Dados ausentes

Legenda: A: Hospital "A" (Manaus); B: Hospital "B" (Recife); C: Hospital "C" (Brasília); D: Hospital "D" (São Paulo); e E: Hospital "E" (Porto Alegre).

Em relação aos dados totais, na dimensão denominada *Trabalho em equipe dentro das unidades*, o item A1 (*Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras*) obteve o percentual de 75,21% das respostas positivas; 11,42% negativas e 13,37% neutras. O item A3 (*Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos, em equipe, para concluí-lo devidamente*) obteve 75,00% das respostas positivas; 12,50% negativas e 12,50% neutras. O item A4 (*Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito*) apresentou o maior valor de respostas positivas desta dimensão (81,67%) e, conseqüentemente, o menor valor de respostas negativas (6,94%) e 11,39% de respostas neutras. Por fim, o item A11 (*Quando uma*

área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam) apresentou apenas 51,68% das respostas positivas; 32,40% negativas e 15,92% neutras.

Ainda sobre esta dimensão, ao se estratificar os dados por unidade hospitalar participante, as respostas positivas ao item A1 variaram entre 85,15% no Hospital “C” (Brasília) e 64,71% no Hospital “E” (Porto Alegre). O item A3 demonstrou variação de respostas positivas entre 84,19% no Hospital “C” (Brasília) e 70,16% no Hospital “D” (São Paulo). Já para o item A4, a taxa de respostas positivas ficou entre 90,91% no Hospital “A” (Manaus) e 72,06% no Hospital “E” (P. Alegre), figurando como o item com maior valor positivo desta dimensão também nos resultados estratificados. O item A11 apresentou o menor valor de respostas positivas desta dimensão, variando entre 62,38% no Hospital “C” (Brasília) e 44,11% no Hospital “B” (Recife).

Tabela 6 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito da unidade, referente à dimensão *Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações*

Dimensão												
Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações												
Item	B1			B2			B3R			B4R		
Descrição	O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente *			O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente *			Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas” *			O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente *		
	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)
A	23 (74,19)	5	3	26 (81,26)	3	3	23 (71,88)	4	5	26 (81,26)	4	2
B	25 (73,53)	5	4	26 (76,47)	2	6	20 (58,82)	7	7	27 (79,41)	4	3
C	71 (70,29)	16	14	71 (70,29)	12	18	62 (61,38)	22	17	75 (74,25)	11	15
D	87 (70,17)	18	19	91 (73,39)	13	20	78 (62,91)	21	25	94 (77,05)	11	17
E	46 (68,65)	15	6	50 (73,53)	8	10	42 (61,77)	14	12	46 (67,65)	15	7
Total	252 (70,59)	59 (16,53)	46 (12,89)	264 (73,54)	38 (10,58)	57 (15,88)	225 (62,67)	68 (18,94)	66 (18,38)	268 (75,07)	45 (12,61)	44 (12,32)

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

* Dados ausentes

Legenda: R: Sentido inverso; A: Hospital “A” (Manaus); B: Hospital “B” (Recife); C: Hospital “C” (Brasília); D: Hospital “D” (São Paulo); e E: Hospital “E” (Porto Alegre).

Em relação aos dados totais, quanto à dimensão *Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente*, o item B1 (*O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente*) obteve 70,59% de respostas positivas; 16,53% negativas e 12,89% neutras. O item B2 (*O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente*) obteve 73,54% das respostas positivas; 10,58% negativas e 15,88% neutras. O item B3R (*Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”*) obteve 62,67% das respostas positivas; 18,94% negativas e 18,38% neutras. Já o item B4R

(O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente) obteve 75,07% de respostas positivas; 12,61%, negativas e 12,32% neutras.

Ao segmentar-se tais dados por hospital, as respostas positivas ao item B1 variaram entre 74,19% no Hospital "A" (Manaus) e 68,65% no Hospital "E" (Porto Alegre). O item B2 demonstrou variação de respostas positivas entre 81,26% no Hospital "A" (Manaus) e 70,29% no Hospital "C" (Brasília). Para o item B3R, a taxa de respostas positivas ficou entre 71,88% no Hospital "A" (Manaus) e 58,82% no Hospital "B" (Recife). O item B4R apresentou a maior variação de percentual de resultados positivos, de 81,26% no Hospital "A" (Manaus) a 67,65% no Hospital "E" (Porto Alegre).

Tabela 7 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito da unidade, referente à dimensão *Aprendizado organizacional – melhoria contínua*

Dimensão Aprendizado organizacional - melhoria contínua									
Item	A6			A9			A13		
Descrição	Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente *			Erros têm levado a mudanças positivas por aqui *			Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade *		
	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)
A	31 (93,94)	2	0	25 (75,76)	6	2	28 (84,85)	3	2
B	28 (82,36)	1	5	16 (47,06)	10	8	24 (70,59)	5	5
C	87 (86,13)	5	9	66 (66,00)	13	21	77 (77,00)	7	16
D	103 (84,42)	9	10	69 (55,65)	23	32	79 (64,76)	18	25
E	53 (77,94)	7	8	36 (52,94)	15	17	42 (62,69)	8	17
Total	302 (84,36)	24 (6,70)	32 (8,94)	212 (59,05)	67 (18,66)	80 (22,28)	250 (70,22)	41 (11,52)	65 (18,26)

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

* Dados ausentes

Legenda: A: Hospital "A" (Manaus); B: Hospital "B" (Recife); C: Hospital "C" (Brasília); D: Hospital "D" (São Paulo); e E: Hospital "E" (Porto Alegre).

Em relação aos dados totais, a dimensão *Aprendizado organizacional - melhoria contínua* apresentou no item A6 (*Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente*) obteve o maior percentual de respostas positivas, de 84,36%; 6,70% foram de respostas negativas e 8,94%, neutras. O item A9 (*Erros têm levado a mudanças positivas por aqui*) ficou com 59,05% de respostas positivas; 18,66% negativas e 22,28% neutras. O item A13 (*Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade*) obteve o percentual de 70,22% de respostas positivas; 11,52% negativas e 18,26% neutras.

Quanto aos dados estratificados por hospital, o item A6 manteve com o maior percentual de respostas positivas da dimensão, variando de 93,94% no Hospital "A"

(Manaus) a 77,94% no Hospital “E” (Porto Alegre). Contrariamente, o item A9 apresentou os menores percentuais de respostas positivas, além de maior variação de percentual, de 75,76% no Hospital “A” (Manaus) a 47,06% no Hospital “B” (Recife). Já o item A13 apresentou variação de 84,85% no Hospital “A” (Manaus) a 62,69% no Hospital “E” (Porto Alegre).

Tabela 8 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito da unidade, referente à dimensão *Retorno da informação e comunicação sobre erro*

Dimensão		Retorno da informação e comunicação sobre erro								
Item	C1			C3			C5			
Descrição	Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos *			Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade *			Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente *			
	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	
A	18 (54,54)	2	13	19 (59,38)	4	9	26 (81,26)	0	6	
B	11 (32,35)	6	17	18 (52,94)	6	10	21 (61,77)	5	8	
C	55 (54,45)	17	29	63 (62,37)	14	24	71 (70,29)	13	17	
D	41 (33,89)	36	44	58 (46,77)	29	37	69 (55,65)	19	36	
E	31 (46,27)	15	21	34 (50,00)	12	22	39 (57,35)	8	21	
Total	156 (43,82)	76 (21,35)	124 (34,83)	192 (53,48)	65 (18,11)	102 (28,41)	226 (62,95)	45 (12,53)	88 (24,52)	

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

* Dados ausentes

Legenda: A: Hospital “A” (Manaus); B: Hospital “B” (Recife); C: Hospital “C” (Brasília); D: Hospital “D” (São Paulo); e E: Hospital “E” (Porto Alegre).

Na dimensão *Retorno da informação e comunicação sobre erro* o item C1 (*Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos*) obteve 43,82% de respostas positivas; 21,35% negativas e 34,83% neutras. No item C3 (*Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade*) 53,48% foram de respostas positivas; 18,11% negativas e 28,41% neutras. No C5 (*Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam*

novamente) o percentual de respostas positivas foi de 62,95%; negativas 12,53% e 24,52% neutras.

Ao se estratificar os dados por unidade hospitalar participante, as respostas positivas ao item C1 variaram entre 54,54% no Hospital “A” (Manaus) e 32,35% no Hospital “B” (Recife), o menor valor de percentual de respostas positivas dentre os itens avaliados nesta dimensão. O item C3 demonstrou variação de respostas positivas entre 59,38% no Hospital “A” (Manaus) e 46,77% no Hospital “D” (São Paulo). Já para o item C5, a taxa de respostas positivas ficou entre 81,26% no Hospital “A” (Manaus) e 55,65% no Hospital “E” (Porto Alegre).

Tabela 9 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito da unidade, referente à dimensão *Abertura da comunicação*

Dimensão		Abertura da comunicação							
Item	C2			C4			C6R		
Descrição	Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente *			Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores			Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo *		
	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)
A	24 (75,01)	0	8	10 (31,26)	9	13	17 (53,13)	6	9
B	24 (70,59)	3	7	10 (29,41)	13	11	14 (41,17)	6	14
C	68 (68,00)	10	22	36 (36,00)	40	24	46 (45,54)	27	28
D	79 (63,71)	12	33	33 (26,62)	58	33	52 (41,94)	26	46
E	49 (72,06)	8	11	13 (19,40)	36	18	25 (37,31)	19	23
Total	244 (68,15)	33 (9,22)	81 (22,63)	102 (28,57)	156 (43,70)	99 (27,73)	154 (43,02)	84 (23,46)	120 (33,52)

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

* Dados ausentes

Legenda: R: Sentido inverso; A: Hospital “A” (Manaus); B: Hospital “B” (Recife); C: Hospital “C” (Brasília); D: Hospital “D” (São Paulo); e E: Hospital “E” (Porto Alegre).

Em relação à dimensão *Abertura da comunicação*, o item C2 (*Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente*) obteve o percentual de 68,15% das respostas positivas; 9,22% de respostas negativas e 22,63% neutras. No item C4 (*Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores*) têm-se 28,57% de repostas positivas; 43,70% negativas e 27,73% neutras. Já quanto ao item C6R (*Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo*) o percentual de respostas positivas ficou em 43,02%, negativas apenas 23,46% e, neutras, 33,52%.

Quanto aos dados estratificados por hospital, o item C2 variou seu percentual de respostas positivas de 75,01% no Hospital “A” (Manaus) a 63,71% no Hospital “D” (São Paulo). O item C4 apresentou os menores percentuais de respostas positivas para esta dimensão, variando de 31,26% no Hospital “A” (Manaus) a 19,40% no Hospital “E” (Porto Alegre). Já o item C6R apresentou variação de 53,13% no Hospital “A” (Manaus) a 37,31% no Hospital “E” (Porto Alegre).

Tabela 10 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito da unidade, referente à dimensão *Adequação de profissionais*

Dimensão		Adequação de profissionais										
Item	A2			A5R			A7R			A14R		
Descrição	Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho			Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente *			Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente *			Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido *		
	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)
A	7 (21,21)	21	5	10 (30,30)	13	10	17 (51,51)	10	6	13 (39,39)	11	9
B	5 (14,71)	26	3	9 (26,47)	22	3	20 (58,82)	7	7	8 (23,53)	21	5
C	37 (36,63)	44	20	35 (34,65)	46	20	54 (53,46)	35	12	33 (32,67)	42	26
D	33 (26,61)	76	15	33 (26,83)	58	32	68 (56,66)	33	19	42 (34,15)	60	21
E	10 (14,70)	50	8	10 (14,92)	42	15	38 (56,72)	16	13	20 (30,77)	32	13
Total	92 (25,56)	217 (60,28)	51 (14,16)	97 (27,09)	181 (50,56)	80 (22,35)	197 (55,49)	101 (28,45)	57 (16,06)	116 (32,58)	166 (46,63)	74 (20,79)

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

* Dados ausentes

Legenda: R: Sentido inverso; A: Hospital "A" (Manaus); B: Hospital "B" (Recife); C: Hospital "C" (Brasília); D: Hospital "D" (São Paulo); e E: Hospital "E" (Porto Alegre).

No tocante à dimensão *Adequação de profissionais*, o item A2 (*Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho*) obteve 25,56% de respostas positivas; 60,28% negativas e 14,16% neutras. O item A5R (*Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente*) obteve 27,09% das respostas positivas; 50,56% negativas e 22,35% neutras. No item A7R (*Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente*) obteve-se o percentual de 55,49% de respostas positivas, 28,45% negativas e 16,06% neutras. No item A14R (*Nós*

trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido) o percentual positivo foi de 32,58%, 46,63% foi negativo e 20,79%, neutro.

Na estratificação dos dados por unidade hospitalar, o item A2 apresentou os menores percentuais de respostas positivas da dimensão, variando de 36,63% no Hospital "C" (Brasília) a 14,70% no Hospital "E" (Porto Alegre). O item A5R variou de 34,65% no Hospital "C" (Brasília) a 14,92% no Hospital "E" (Porto Alegre). Já o item A7R apresentou a menor variação de respostas positivas da dimensão, de 56,72% no Hospital "E" (Porto Alegre) a 51,51% no Hospital "A" (Manaus). Por fim, o item A14R apresentou variação no percentual de respostas positivas de 39,39% no Hospital "A" (Manaus) a 23,53% no Hospital "B" (Recife).

Tabela 11 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito da unidade, referente à dimensão *Resposta não punitiva aos erros*

Dimensão		Resposta não punitiva aos erros								
Item	A8R			A12R			A16R			
Descrição	Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles *			Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema *			Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais			
	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	
A	9 (27,27)	16	8	18 (54,54)	9	6	7 (21,21)	18	8	
B	5 (14,70)	20	9	9 (26,47)	16	9	4 (11,76)	19	11	
C	21 (20,79)	64	16	48 (48,00)	29	23	17 (17,00)	57	26	
D	18 (14,52)	75	31	39 (31,71)	66	18	21 (16,94)	77	26	
E	13 (19,40)	40	14	37 (55,23)	20	10	15 (22,39)	32	20	
Total	66 (18,38)	215 (59,89)	78 (21,73)	151 (42,30)	140 (39,22)	66 (18,49)	64 (17,88)	203 (56,70)	91 (25,42)	

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

* Dados ausentes

Legenda: R: Sentido inverso; A: Hospital "A" (Manaus); B: Hospital "B" (Recife); C: Hospital "C" (Brasília); D: Hospital "D" (São Paulo); e E: Hospital "E" (Porto Alegre).

Finalmente, na dimensão *Resposta não punitivas aos erros*, no item A8R (*Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles*) obteve-se o valor de 18,38% positivo; 59,89% negativo e neutro de 21,73%. O Item A12R (*Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema*) teve um percentual de 42,30% das respostas positivas; 39,22% negativas e 18,49% neutros. O item A16R (*Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais*) obteve o menor percentual positivo desta pesquisa 17,88%; 58,24% negativas e 28,02%, neutras.

Os dados estratificados por hospital apresentam, em relação ao item A8R, variação de percentual de resultados positivos de 27,27% no Hospital “A” (Manaus) a 14,52% no Hospital “D” (São Paulo). O item A12R variou de 26,47% no Hospital “B” (Recife) a 55,23% no Hospital “E” (Porto Alegre). Já o item A16R apresentou variação de 22,39% no Hospital “E” (Porto Alegre) a 11,76% no Hospital “B” (Recife).

Tabela 12 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar, referente à dimensão *Apoio da gestão para segurança do paciente*

Dimensão		Apoio da gestão para segurança do paciente								
Item	F1			F8			F9R			
Descrição	A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente *			As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade			A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso *			
	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	
A	29 (90,63)	0	3	26 (78,79)	0	7	25 (75,76)	1	7	
B	22 (66,67)	4	7	24 (70,59)	1	9	22 (64,71)	9	3	
C	58 (57,42)	18	25	53 (52,47)	12	36	59 (58,41)	15	27	
D	71 (57,26)	19	34	76 (61,29)	19	29	74 (60,16)	30	19	
E	35 (52,24)	17	15	46 (67,64)	10	12	39 (58,21)	16	12	

Total	215 (60,22)	58 (16,25)	84 (23,53)	225 (62,50)	42 (11,67)	93 (25,83)	219 (61,17)	71 (19,84)	68 (18,99)
--------------	----------------	------------	---------------	----------------	---------------	---------------	----------------	------------	---------------

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

* Dados ausentes

Legenda: R: Sentido inverso; A: Hospital "A" (Manaus); B: Hospital "B" (Recife); C: Hospital "C" (Brasília); D: Hospital "D" (São Paulo); e E: Hospital "E" (Porto Alegre).

Quanto à dimensão *Apoio da gestão para segurança do paciente*, em relação aos dados totais, o item F1 (*A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente*) obteve 60,22% das respostas positivas; 16,25% negativas e 23,53% neutras. O item F8 (*As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade*) apareceu com 62,50% de respostas positivas; 11,67% negativas e 25,83% neutras. No item F9R (*A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso*) o percentual obtido foi de 61,17% de respostas positivas, 19,84% negativas e 18,99% neutras.

Quanto aos dados segmentados por hospital, em relação ao item F1, demonstra grande variação nas respostas positivas, de 90,63% no Hospital "A" (Manaus) a 52,24% no Hospital "E" (Porto Alegre). Quanto ao item F8, as respostas positivas variaram de 78,79% no Hospital "A" (Manaus) a 52,47% no Hospital "C" (Brasília). Por fim, o item F9R apresentou a menor variação de respostas positivas dentre os hospitais participantes, de 75,76% no Hospital "A" (Manaus) a 58,21% no Hospital "E" (Porto Alegre).

Tabela 13 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar, referente à dimensão *Trabalho em equipe entre as unidades*

Dimensão		Trabalho em equipe entre as unidades										
Item	F2R			F4			F6R			F10		
Descrição	As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si *			Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto *			Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital *			As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes *		
	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	3Neutra (%)
A	19 (59,38)	6	7	24 (72,73)	2	7	22 (66,67)	3	8	28 (84,85)	0	5
B	13 (38,23)	14	7	14 (41,18)	11	9	16 (47,06)	12	6	13 (38,23)	7	14
C	36 (35,64)	30	35	51 (50,49)	21	29	56 (56,00)	17	27	69 (69,00)	7	24
D	41 (33,33)	45	37	51 (41,13)	38	35	49 (39,51)	38	37	59 (47,97)	26	38
E	15 (22,06)	33	20	25 (37,31)	21	21	31 (45,59)	18	19	30 (45,45)	14	22
Total	124 (34,64)	128 (35,75)	106 (29,61)	165 (45,96)	93 (25,91)	101 (28,13)	174 (48,47)	88 (24,51)	97 (27,02)	199 (55,74)	54 (15,13)	104 (29,13)

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

* Dados ausentes

Legenda: R: Sentido inverso; A: Hospital "A" (Manaus); B: Hospital "B" (Recife); C: Hospital "C" (Brasília); D: Hospital "D" (São Paulo); e E: Hospital "E" (Porto Alegre).

Na dimensão *Trabalho em equipe entre as unidades*, em relação aos dados totais, o item F2R (*As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si*) obteve o menor percentual de respostas positivas da dimensão 34,64%, enquanto as respostas negativas ficaram em 35,75% e 29,61% neutras. O item F4 (*Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto*) obteve o valor de 45,96% de respostas positivas, 25,91% negativas 28,13% neutras. No item F6R (*Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais - independente do vínculo empregatício - de outras unidades do hospital*) o valor de respostas positivas foi de 48,47%, negativas 24,51% e neutras 27,02%. No item F10 (*As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes*) alcançou 55,74% das respostas positivas, 15,13% negativas e 29,13% neutras.

Quanto aos dados estratificados por unidade hospitalar, referentes ao item F2R, apresentaram os menores valores para respostas positivas da dimensão, com variação de respostas positivas de 59,38% no Hospital "A" (Manaus) a 22,06% no Hospital "E" (Porto Alegre). O item F4 apresentou variação de percentual de respostas positivas de 72,73% no Hospital "A" (Manaus) a 37,31% no Hospital "E" (Porto Alegre). Já o item F6R apresentou variação de respostas positivas de 66,67% no Hospital "A" (Manaus) a 39,51% no Hospital "D" (São Paulo). Por fim, o item F10 demonstrou a maior variação de percentual de respostas positivas dentre os hospitais participantes, de 84,85% no Hospital "A" (Manaus) a 38,23% no Hospital "B" (Recife).

Tabela 14 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar, referente à dimensão *Passagem de plantão ou de turno/transferência*

Dimensão		Passagem de plantão ou de turno/transferência										
Item	F3R			F5R			F7R			F11R		
Descrição	O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra *			É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno *			Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital *			Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes *		
	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)
A	17 (53,13)	7	8	20 (60,61)	5	8	21 (65,63)	5	6	24 (75,01)	3	5
B	11 (32,35)	17	6	11 (32,35)	14	9	8 (23,53)	13	13	17 (50,00)	5	12
C	36 (36,00)	38	26	59 (59,00)	24	17	44 (44,44)	20	35	66 (66,00)	11	23
D	41 (33,07)	40	43	38 (30,65)	56	30	30 (24,19)	55	39	62 (50,40)	27	34
E	21 (31,34)	25	21	15 (22,73)	30	21	12 (17,91)	35	20	24 (36,37)	17	25
Total	126 (35,29)	127 (35,57)	104 (29,14)	143 (40,06)	129 (36,13)	85 (23,81)	115 (32,30)	128 (35,96)	113 (31,74)	193 (54,37)	63 (17,75)	99 (27,89)

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

* Dados ausentes

Legenda: R: Sentido inverso; A: Hospital "A" (Manaus); B: Hospital "B" (Recife); C: Hospital "C" (Brasília); D: Hospital "D" (São Paulo); e E: Hospital "E" (Porto Alegre).

Na dimensão *Passagem de plantão ou de turno/transferências*, em relação aos dados totais, em seu item F3R (*O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra*), o valor de respostas positivas foi de 35,29%, seguido de 35,57% negativas e 29,14% neutras. O item F5R (*É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno*) obteve 40,06% de respostas positivas; 36,13% negativas e neutras 23,81%. O item F7R (*Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital*) apresentou o menor percentual de respostas positivas desta dimensão, de 32,30%, 35,96% negativas, 31,74% neutras. Quanto ao item F11R (*Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são*

problemáticas para os pacientes), tem-se 54,37% de respostas positivas, 17,75% negativas e 27,89% neutras.

Dados segmentados por hospital, em relação ao item F3R, apresentam variação de respostas positivas de 53,13% no Hospital “A” (Manaus) a 31,34% no Hospital “E” (Porto Alegre). O item F5R variou o percentual de respostas positivas dentre os hospitais participantes do estudo de 60,61% no Hospital “A” (Manaus) a 22,73% no Hospital “E” (Porto Alegre). Já o item F7R apresentou a maior variação de percentual de respostas positivas da dimensão, de 65,63% no Hospital “A” (Manaus) a 17,91% no Hospital “E” (Porto Alegre). Por fim, o item F11R apresentou variação de 75,01% no Hospital “A” (Manaus) a 36,37% no Hospital “E” (Porto Alegre).

Tabela 15 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente na dimensão de resultado *Percepção geral da segurança do paciente*

Dimensão		Percepção geral da segurança do paciente										
Item	A10R	A15			A17R			A18				
DESCRIÇÃO	É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui *	A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída *			Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente			Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros *				
	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)
A	22 (66,67)	8	3	17 (51,51)	10	6	15 (45,45)	12	6	25 (75,76)	2	6
B	17 (51,51)	10	6	7 (21,21)	20	6	5 (14,70)	21	8	11 (32,35)	15	8
C	61 (60,39)	23	17	40 (39,60)	43	18	44 (43,56)	26	31	50 (49,50)	17	34
D	74 (60,16)	29	20	37 (30,08)	61	25	50 (40,32)	43	31	52 (41,94)	43	29
E	41 (61,20)	15	11	14 (20,90)	45	8	20 (29,41)	26	22	29 (43,28)	21	17
Total	215 (60,22)	85 (23,81)	57 (15,97)	115 (32,21)	179 (50,14)	63 (17,65)	134 (37,22)	128 (35,56)	98 (27,22)	167 (46,52)	98 (27,30)	94 (26,18)

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

* Dados ausentes

Legenda: R: Sentido inverso; A: Hospital "A" (Manaus); B: Hospital "B" (Recife); C: Hospital "C" (Brasília); D: Hospital "D" (São Paulo); e E: Hospital "E" (Porto Alegre).

Sobre a dimensão *Percepção geral da segurança do paciente* o item A10R (*É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui*) obteve um percentual de respostas positivas, com 60,22%; 23,81% negativas e 15,97% neutras. No item A15 (*A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída*) obteve 32,21% de respostas positivas, o menor percentual desta dimensão; 50,14% negativas e 17,65% neutras. A17R (*Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente*) apresentou 37,25% de respostas positivas; 35,56% negativas e 27,22% neutras. Em seguida, o item A18 (*Os*

ossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros), com 46,52% de respostas positivas; 27,30% negativas e 26,18% neutras.

Em relação aos dados segmentados por hospital, o item A10R obteve variação de percentual de respostas positivas entre 66,67% no Hospital “A” (Manaus) e 60,16% no Hospital “D” (São Paulo), menor variação desta dimensão. O item A15 apresentou variação de respostas positivas de 51,51% no Hospital “A” (Manaus) a 20,90% no Hospital “E” (Porto Alegre). O item A17R variou de 45,45% no Hospital “A” (Manaus) a 14,70% no Hospital “B” (Recife). Por fim, o item A18 apresentou a maior variação de percentual de respostas positivas da dimensão, de 75,76% no Hospital “A” (Manaus) a 32,35% no Hospital “B” (Recife).

Tabela 16 - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação da cultura de segurança do paciente na dimensão de resultado *Frequência de relato de eventos*

Dimensão		Frequência de relato de eventos								
Item	D1			D2			D3			
Descrição	Quando ocorre erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado? *			Quando ocorre erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado? *			Quando ocorre erro que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado? *			
	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)	Negativa (%)	Neutra (%)	
A	14 (43,75)	5	13	15 (46,88)	7	10	16 (50,00)	6	10	
B	11 (32,36)	16	7	12 (35,29)	12	10	16 (47,06)	9	9	
C	60 (60,00)	17	23	61 (61,61)	23	15	71 (71,00)	14	15	
D	60 (49,59)	35	26	60 (49,59)	38	23	70 (58,33)	31	19	
E	32 (47,76)	21	14	31 (46,27)	19	17	40 (60,61)	13	13	
Total	177 (50,00)	94 (26,55)	83 (23,45)	179 (50,71)	99 (28,05)	75 (21,25)	213 (60,51)	73 (20,74)	66 (18,75)	

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

* Dados ausentes

Legenda: R: Sentido inverso; A: Hospital “A” (Manaus); B: Hospital “B” (Recife); C: Hospital “C” (Brasília); D: Hospital “D” (São Paulo); e E: Hospital “E” (Porto Alegre).

Quanto aos dados totais, na dimensão *Frequência de relato de eventos*, o item D1 (*Quando ocorre erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?*) obteve 50,00% de respostas positivas; 26,55% negativas e 23,45% neutras. O item D2 (*Quando ocorre erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?*) ficou com 50,71% de respostas positivas; 28,05% negativas e 21,25% neutras. No item D3 (*Quando ocorre erro que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?*) obteve 60,51% das respostas positivas, 20,74% negativas e 18,75% neutras.

Estratificando-se os dados por unidade hospitalar, o item D1 apresentou variação de percentual de respostas positivas de 60,00% no Hospital “D” (São Paulo) a 32,36% no Hospital “B” (Recife), a maior variação desta dimensão. O item D2 variou de 61,61% no Hospital “C” (Brasília) a 35,29% no Hospital “B” (Recife). Já o item D3 apresentou variação de percentual de respostas positivas de 71,00% no Hospital “C” (Brasília) a 47,06% no Hospital “B” (Recife).

5.4. PERCENTUAL MÉDIO DE RESPOSTAS POSITIVAS ÀS DIMENSÕES DO HSOPSC

Na Tabela 17, a seguir, verificam-se as dimensões da cultura de segurança do paciente e seu respectivo percentual médio de respostas positivas.

Tabela 17 - Percentual de respostas positivas às dimensões do HSOPSC

Dimensão	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	Total (%)
Trabalho em equipe dentro das unidades	75,76	68,38	79,70	66,77	64,15	70,89
Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	77,15	72,06	69,05	70,88	67,90	70,47
Aprendizado organizacional - melhoria contínua	84,85	66,67	76,38	68,28	64,52	71,21
Apoio da gestão para segurança do paciente	81,73	67,32	56,10	59,57	59,36	61,30
Percepção geral da segurança do paciente	59,85	29,94	48,26	43,12	38,70	44,04
Retorno da informação e comunicação sobre erro	65,06	49,02	62,37	45,44	51,21	53,42
Abertura da comunicação	53,13	47,06	49,85	44,09	42,92	46,58
Frequência de relato de eventos	46,88	38,24	64,20	52,50	51,55	53,74
Trabalho em equipe entre as unidades	70,91	41,17	52,78	40,48	37,60	46,20
Adequação de profissionais	35,60	30,88	39,35	36,06	29,28	35,18
Passagem de plantão ou de turno/transferências	63,59	34,56	51,36	34,58	27,09	40,51
Resposta não punitiva aos erros	34,34	17,64	28,60	21,06	32,34	26,19

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Legenda: A: Hospital "A" (Manaus); B: Hospital "B" (Recife); C: Hospital "C" (Brasília); D: Hospital "D" (São Paulo); e E: Hospital "E" (Porto Alegre).

A dimensão *Trabalho em equipe*, dentro das unidades, obteve 70,89%; *Expectativas sobre o seu supervisor/chefe* ficou com 70,47%; *Aprendizado organizacional - melhoria contínua* obteve 71,21%; *Apoio da Gestão*, 61,30%; *Percepção geral da segurança do paciente*, 44,04%; *Retorno da Informação*, 53,42%; *Abertura da comunicação*, 46,58%; *Frequência de relato de eventos*, 53,74%; *Trabalho em equipe entre as unidades*, 46,20%; *Adequação profissional* registrou 35,18%; *Passagem de plantão*, 40,51% e *Respostas não punitivas ao erro*, 26,19%.

A segmentação dos dados por unidade hospitalar demonstra que a dimensão *Trabalho em equipe*, dentro das unidades, variou de 79,70% no Hospital "C" (Brasília) a 64,15% no Hospital "E" (Porto Alegre); *Expectativas sobre o seu supervisor/chefe* variou de 77,15% no Hospital "A" (Manaus) a 67,90% no Hospital "E" (Porto Alegre); *Aprendizado organizacional - melhoria contínua* variou de 84,85% no Hospital "A"

(Manaus) a 64,52% no Hospital “E” (Porto Alegre); *Apoio da Gestão*, de 81,73% no Hospital “A” (Manaus) a 56,10% no Hospital “C” (Brasília); *Percepção geral da segurança do paciente*, de 59,85% no Hospital “A” (Manaus) a 29,94% no Hospital “B” (Recife); *Retorno da Informação*, de 65,06% no Hospital “A” (Manaus) a 45,44% no Hospital “D” (São Paulo); *Abertura da comunicação*, de 53,13% no Hospital “A” (Manaus) a 42,92% no Hospital “E” (Porto Alegre); *Frequência de relato de eventos*, de 64,20% no Hospital “C” (Brasília) a 38,24% no Hospital “B” (Recife); *Trabalho em equipe entre as unidades*, de 70,91% no Hospital “A” (Manaus) a 37,60% no Hospital “E” (Porto Alegre); *Adequação profissional* registrou 39,35% no Hospital “C” (Brasília) a 29,28% no Hospital “E” (Porto Alegre); *Passagem de plantão*, 63,59% no Hospital “A” (Manaus) a 27,09% no Hospital “E” (Porto Alegre) e *Respostas não punitivas ao erro* variou de 34,34% no Hospital “A” (Manaus) a 17,64% no Hospital “B” (Recife).

5.5. AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE E O NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DE ERROS NOS ÚLTIMOS 12 MESES

A Tabela 18, a seguir, apresenta as notas da segurança do paciente, atribuídas pelos participantes do estudo, e o número de eventos notificados nos últimos 12 meses.

Tabela 18 - Avaliação da segurança do paciente e número de notificações de erros nos últimos 12 meses

		A "N" Absoluto	B "N" Absoluto	C "N" Absoluto	D "N" Absoluto	E "N" Absoluto	Total "N" Absoluto (%)
Nota da Segurança do Paciente *	Excelente	4	2	19	18	7	50 (13,97)
	Muito Boa	23	16	54	54	27	174 (48,60)
	Regular	5	14	23	43	28	113 (31,56)
	Ruim	0	2	3	9	4	18 (5,03)
	Muito Ruim	0	0	1	0	2	3 (0,84)
Número de Eventos Notificados *	Nenhuma notificação	17	21	61	72	26	197 (55,49)
	1 a 2	7	4	16	21	23	71 (20,00)
	3 a 5	3	2	10	17	9	41 (11,55)
	6 a 10	3	6	7	5	1	22 (6,20)
	11 a 20	1	1	3	4	3	12 (3,38)
	21 ou mais	1	0	3	2	6	12 (3,38)

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

* Dados ausentes

Legenda: A: Hospital "A" (Manaus); B: Hospital "B" (Recife); C: Hospital "C" (Brasília); D: Hospital "D" (São Paulo); e E: Hospital "E" (Porto Alegre).

Observa-se que na área ou unidade de trabalho no hospital 13,97% dos participantes classificaram a *Segurança do Paciente* como excelente; 48,60% consideraram muito boa; 31,56% afirmaram ser regular; 5,03%, como ruim; e 0,84%, como muito ruim.

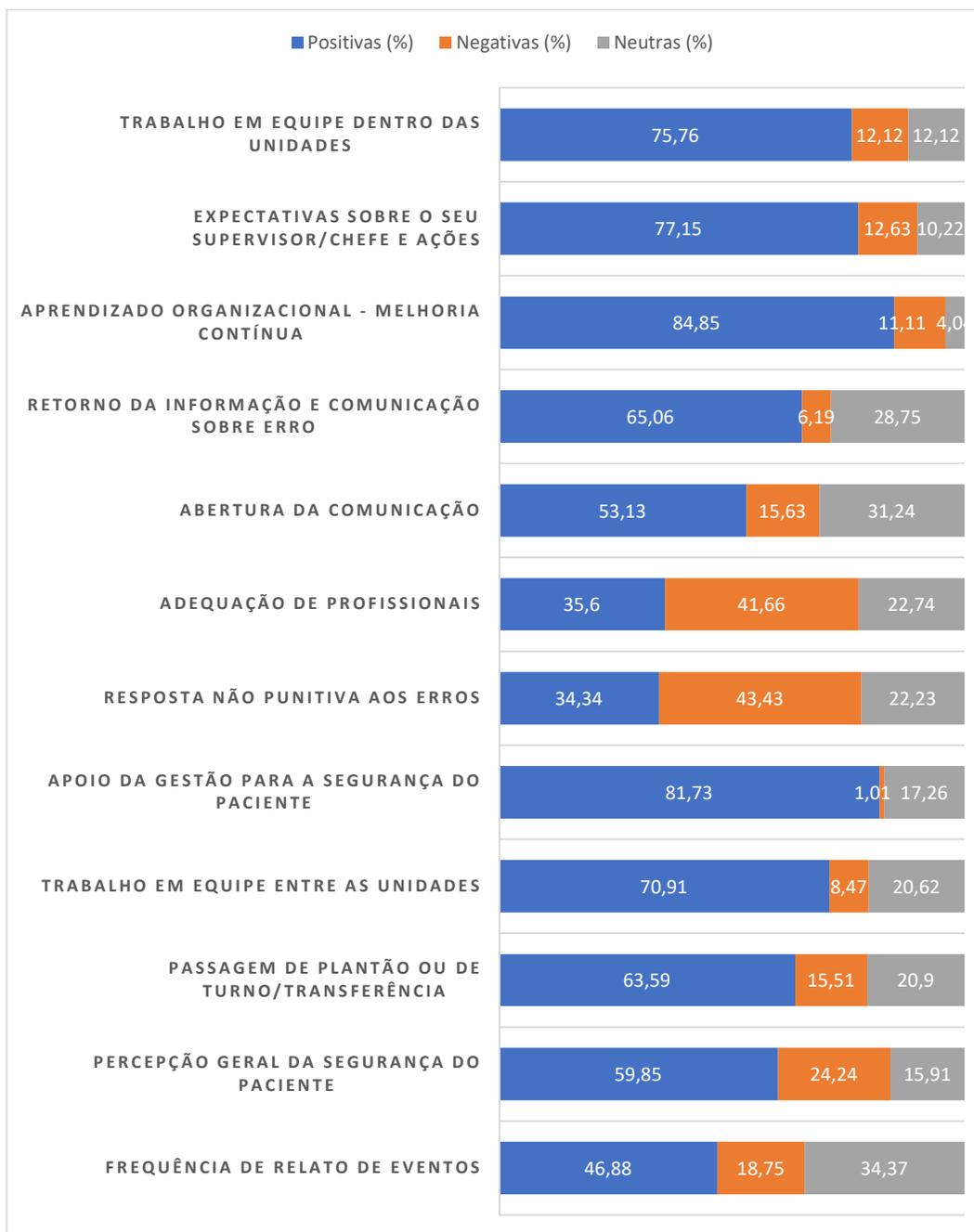
Quanto ao número de eventos notificados nos últimos 12 meses, 55,49% informaram que não realizaram nenhuma notificação, enquanto 20,00% realizaram, no máximo, duas notificações; 11,55% referem ter realizado de três a cinco notificações; 6,20% de seis a 10 notificações; e 3,38% de 11 a 20 notificações.

5.6. RESULTADOS DAS 12 DIMENSÕES AVALIADAS APRESENTADOS POR HOSPITAL

As respostas dos participantes da pesquisa aos questionamentos formulados estão representadas nos gráficos a seguir, as quais refletem os respectivos percentuais obtidos em cada uma das dimensões avaliadas.

5.6.1. Hospital “A” (Manaus)

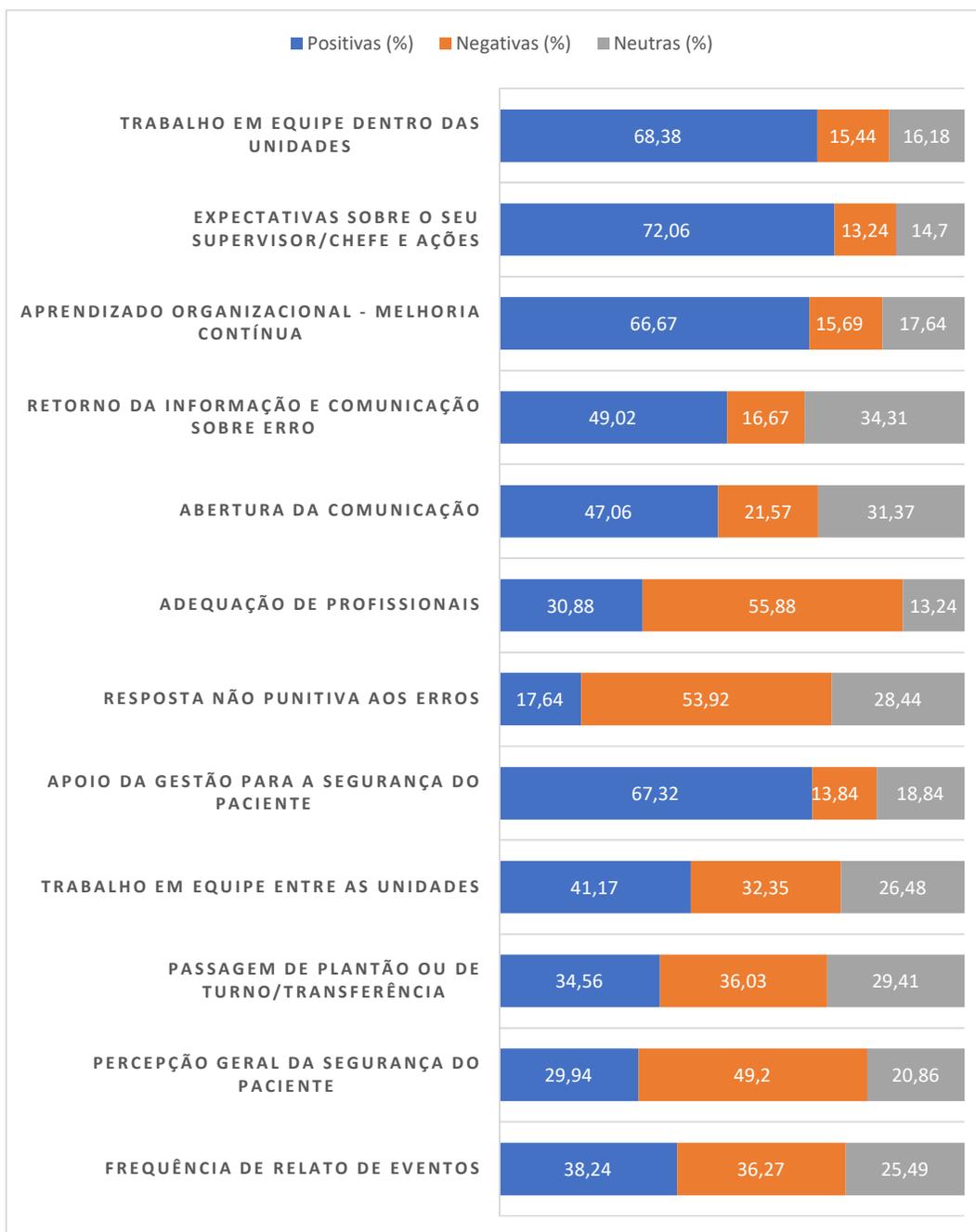
Gráfico 1 - Distribuição percentual de respostas aos itens do HSOPSC, Hospital “A” (Manaus)



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

5.6.2. Hospital “B” (Recife)

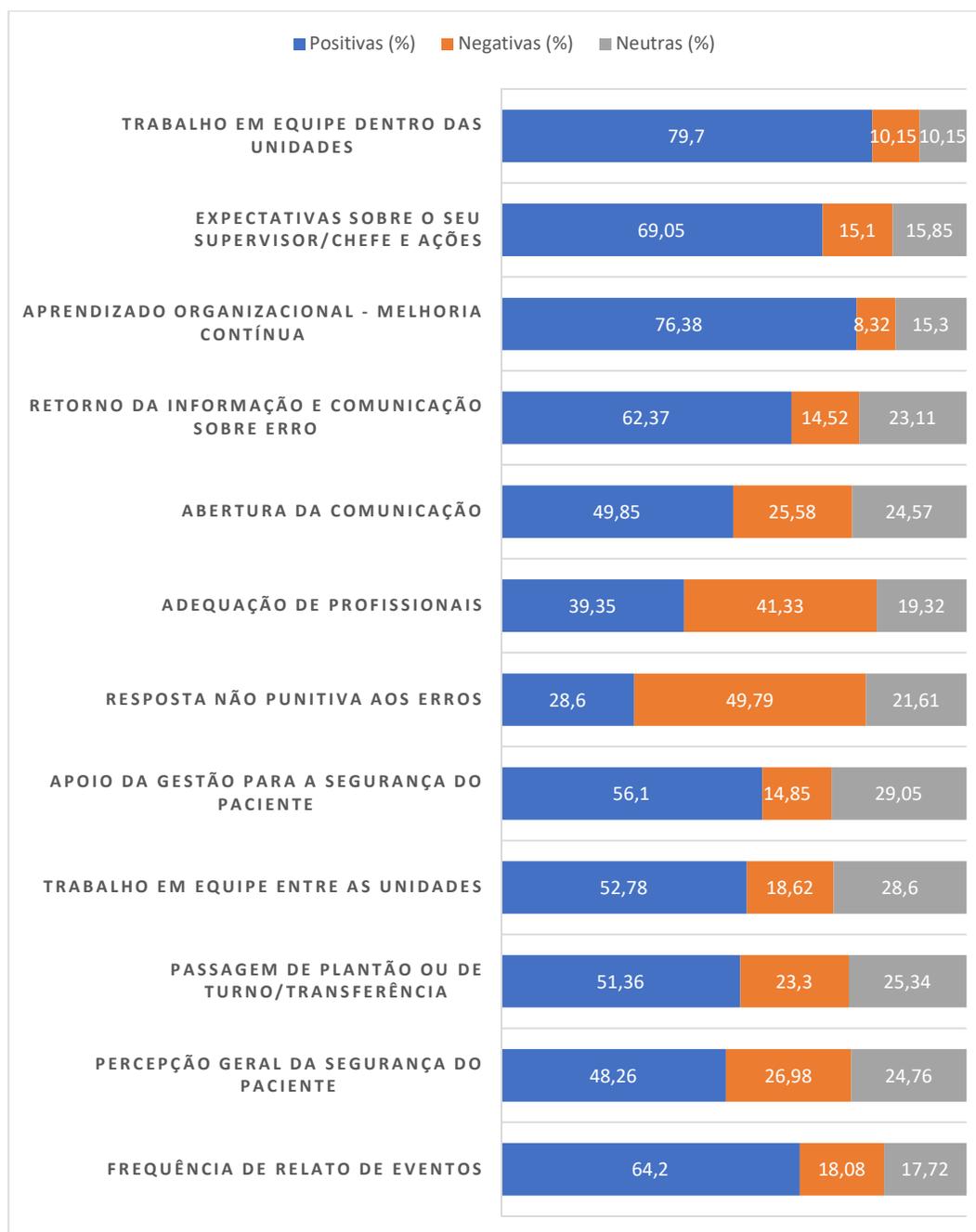
Gráfico 2 - Distribuição percentual de respostas aos itens do HSOPSC, Hospital “B” (Recife)



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

5.6.3. Hospital “C” (Brasília)

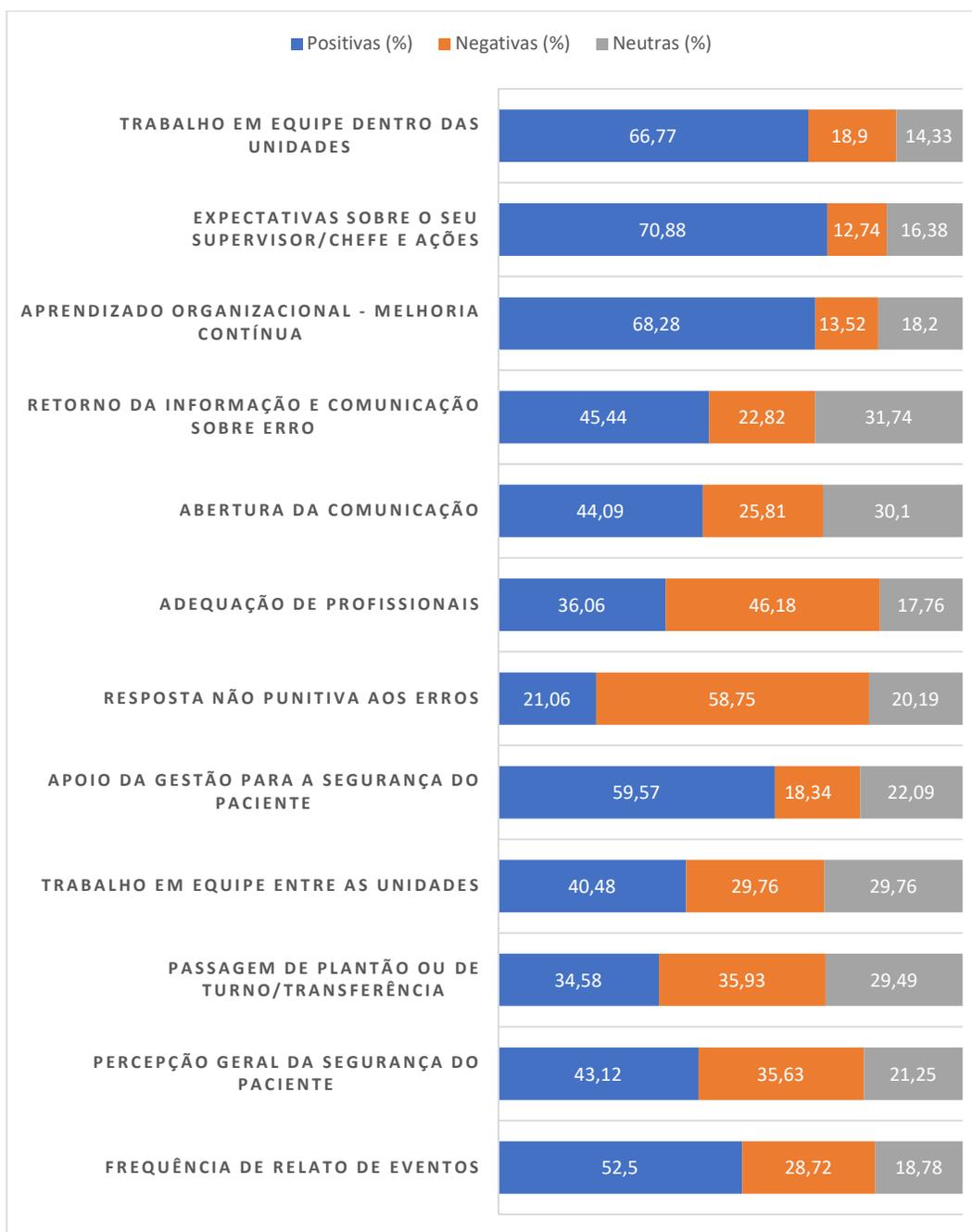
Gráfico 3 - Distribuição percentual de respostas aos itens do HSOPSC, Hospital “C” (Brasília)



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

5.6.4. Hospital “D” (São Paulo)

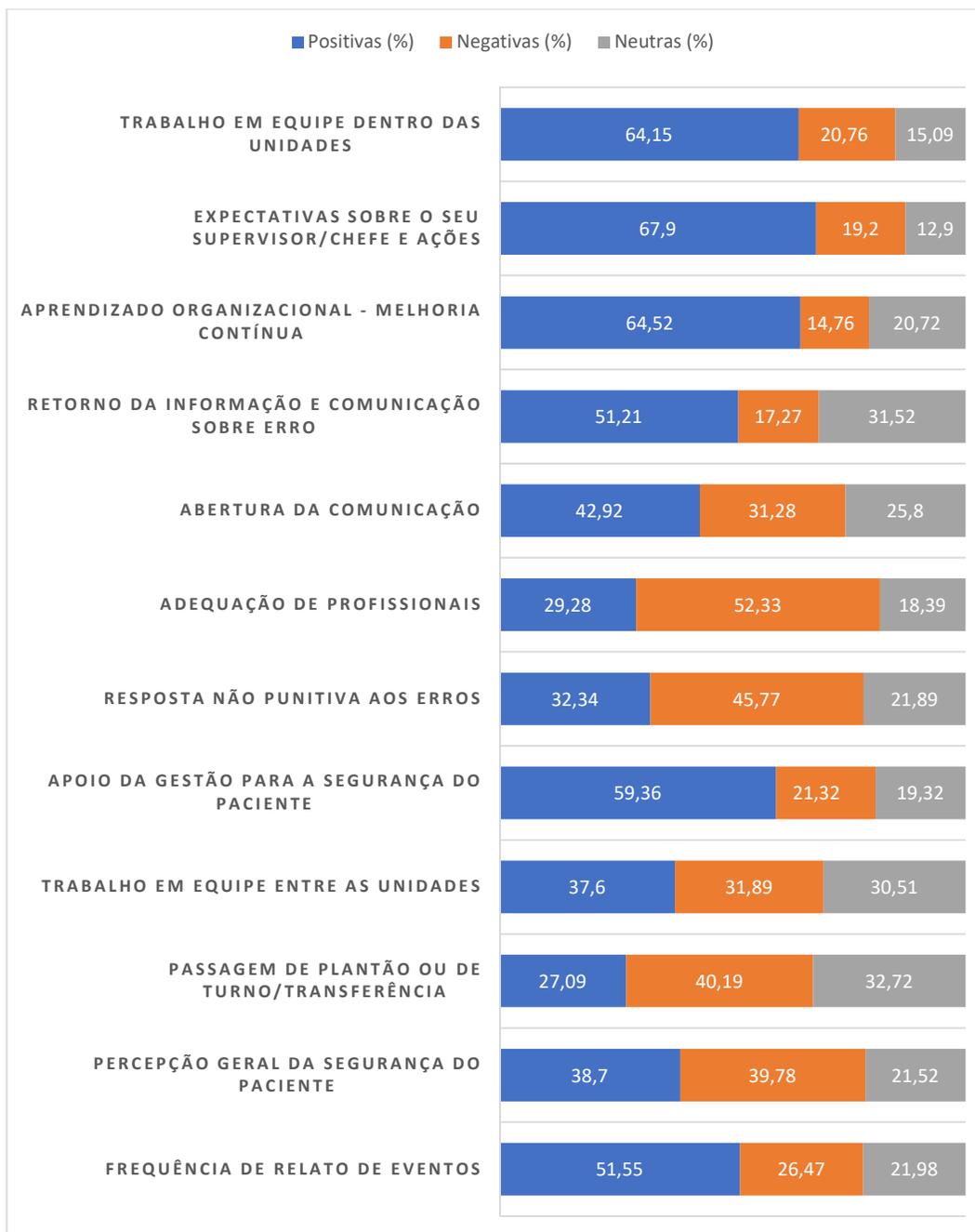
Gráfico 4 - Distribuição percentual de respostas aos itens do HSOPSC, Hospital “D” (São Paulo)



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

5.6.5. Hospital “E” (Porto Alegre)

Gráfico 5 - Distribuição percentual de respostas aos itens do HSOPSC, Hospital “E” (Porto Alegre)



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

5.7. AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE, NOTA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E NÚMERO DE EVENTOS NOTIFICADOS POR CATEGORIA PROFISSIONAL (ENTRE AS SEIS MAIS REPRESENTATIVAS NA PESQUISA)

As Tabelas de 19 a 22, na sequência, apresentam os resultados referentes à *cultura de segurança do paciente, nota de segurança do paciente e número de eventos notificados*, segmentados por categoria profissional.

Na Tabela 19 estão dispostos o número absoluto e o percentual de respostas positivas do HSOPSC por hospital e por categoria profissional (entre as seis mais representativas na pesquisa).

Tabela 19 - Número absoluto e percentual de respostas positivas do HSOPSC por hospital

	A "N" Absoluto (%)	B "N" Absoluto (%)	C "N" Absoluto (%)	D "N" Absoluto (%)	E "N" Absoluto (%)	Total "N" Absoluto
Número Total de Respostas (Positivas, Negativas e Neutras)	1368	1425	4225	5174	2824	15016
Número de Respostas Positivas	856 (62,57)	667 (46,81)	2389 (56,54)	2512 (48,55)	1323 (46,85)	7747 (51,59)

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Legenda: A: Hospital "A" (Manaus); B: Hospital "B" (Recife); C: Hospital "C" (Brasília); D: Hospital "D" (São Paulo); e E: Hospital "E" (Porto Alegre).

Quanto ao número de respostas positivas do HSOPSC, observou-se que do total de 15016 respostas, 7747 (51,59%) foram positivas.

Ao segmentar as respostas por unidade hospitalar, o Hospital "A" (Manaus) apresentou o maior índice dentre os hospitais avaliados, com 856 respostas positivas, ou seja, 62,57% do total de respostas daquele hospital; contrariamente, o Hospital "B" (Recife) apresentou o menor índice, com 667 respostas positivas (46,81% do total de respostas daquele hospital); o Hospital "C" (Brasília) apresentou 2389 respostas positivas, 56,54% do total de respostas; já o Hospital "D" (São Paulo) apresentou 2512 resposta positivas, 48,55% do total de respostas; por fim, o Hospital "E" (Porto Alegre)

apresentou 7747 respostas positivas, 51,89% do total de respostas ao HSOPSC daquele hospital.

Na Tabela 20 estão dispostos o número absoluto e o percentual de respostas positivas do HSOPSC por categoria profissional (entre as seis mais representativas na pesquisa).

Tabela 20 - Número absoluto e percentual de respostas positivas do HSOPSC por categoria profissional (entre as seis mais representativas na pesquisa)

		A	B	C	D	E	Total
Técnicos de Enfermagem	Número Total de Respostas	251	42	1511	1834	728	4366
	Número de Respostas Positivas	151	30	1009	949	266	2405
	Percentual Respostas Positivas	60,16%	71,43%	66,78%	51,74%	36,54%	55,08%
Médicos	Número Total de Respostas	252	546	377	1209	629	3013
	Número de Respostas Positivas	161	208	153	559	287	1368
	Percentual Respostas Positivas	63,89%	38,09%	40,58%	46,24%	45,63%	45,40%
Enfermeiros	Número Total de Respostas	125	335	630	1462	420	2972
	Número de Respostas Positivas	87	142	312	707	158	1406
	Percentual Respostas Positivas	69,60%	42,39%	49,52%	48,36%	37,62%	47,31%
Odontólogos	Número Total de Respostas	241	210	667	210	84	1412
	Número de Respostas Positivas	154	95	286	131	45	711

	Percentual Respostas Positivas	63,90%	45,24%	42,88%	62,38%	53,57%	50,35%
Fisioterapeutas / Terapeutas Respiratórios / Terapeutas Ocupacionais / Fonoaudiólogos	Número Total de Respostas	125	40	330	292	168	955
	Número de Respostas Positivas	89	37	207	112	112	557
	Percentual Respostas Positivas	71,20%	92,50%	62,73%	38,36%	66,67%	58,32%
Farmacêuticos / Bioquímicos / Biólogos / Biomédicos	Número Total de Respostas	126	0	336	84	210	756
	Número de Respostas Positivas	53	0	213	30	131	427
	Percentual Respostas Positivas	42,06%	0%	63,39%	35,71%	62,38%	56,48%

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Legenda: A: Hospital "A" (Manaus); B: Hospital "B" (Recife); C: Hospital "C" (Brasília); D: Hospital "D" (São Paulo); e E: Hospital "E" (Porto Alegre).

Quanto ao número de respostas positivas ao HSOPSC segmentadas por categoria profissional, dentre as seis mais representativas na pesquisa, os *Fisioterapeutas/Terapeutas Respiratórios/Terapeutas Ocupacionais/Fonoaudiólogos* apresentaram o maior percentual, com 58,32% de respostas positivas (557 respostas positivas de um total de 955 respostas), seguidos dos *Farmacêuticos/Bioquímicos/Biólogos/Biomédicos*, com 56,48% de respostas positivas (427 respostas positivas de 756 respostas totais); os *Técnicos de Enfermagem* apresentaram índice de 55,08% (2405 respostas positivas de 4366 respostas totais); já os *Odontólogos* apresentaram 50,35% de respostas positivas (711 respostas positivas de 1412 respostas totais); os *Enfermeiros*, 47,31% de respostas positivas (1406 respostas positivas de 2972 respostas totais); por fim, o menor percentual de respostas positivas foi do grupo *Médicos do Corpo Clínico/Médicos Assistentes*, com 45,40% de respostas positivas (1368 de 3013 respostas totais).

Na Tabela 21 estão dispostas as notas de *Segurança do Paciente*, relativas à área/unidade de trabalho do participante no hospital, por categoria profissional (entre as seis mais representativas na pesquisa).

Tabela 21 - Nota de Segurança do Paciente, relativa à sua área/unidade de trabalho no hospital por categoria profissional (entre as seis mais representativas na pesquisa)

	Nota	A	B	C	D	E	Total "N" Absoluto (%)
Técnicos de Enfermagem	Excelente	1	0	13	11	2	27 (25,71)
	Muito boa	5	1	18	15	6	45 (42,86)
	Regular	0	0	5	15	8	28 (26,67)
	Ruim	0	0	0	3	2	5 (4,76)
	Muito Ruim	0	0	0	0	0	0 (0)
Médicos	Excelente	1	1	1	4	1	8 (11,11)
	Muito boa	3	6	4	11	4	28 (38,89)
	Regular	2	5	3	12	8	30 (41,67)
	Ruim	0	1	0	2	1	4 (5,56)
	Muito Ruim	0	0	1	0	1	2 (2,77)
Enfermeiros	Excelente	0	0	0	3	0	3 (4,23)
	Muito boa	3	2	7	19	3	34 (47,89)
	Regular	0	5	6	10	5	26 (36,61)
	Ruim	0	1	2	3	1	7 (9,86)
	Muito Ruim	0	0	0	0	1	1 (1,41)
Odontólogos	Excelente	1	0	1	0	0	2 (6,06)
	Muito boa	4	2	10	5	2	23 (69,70)
	Regular	0	3	4	0	0	7 (21,21)
	Ruim	0	0	1	0	0	1 (3,03)
	Muito Ruim	0	0	0	0	0	0 (0)
Fisioterapeutas / Terapeutas Respiratórios / Terapeutas Ocupacionais / Fonoaudiólogos	Excelente	0	0	1	0	1	2 (8,70)
	Muito boa	1	1	5	3	2	12 (52,17)
	Regular	2	0	2	4	1	9 (39,13)
	Ruim	0	0	0	0	0	0 (0)
	Muito Ruim	0	0	0	0	0	0 (0)
Farmacêuticos / Bioquímicos / Biólogos / Biomédicos	Excelente	0	0	1	0	0	1 (5,56)
	Muito boa	2	0	6	0	4	12 (66,66)
	Regular	1	0	1	1	1	4 (22,22)
	Ruim	0	0	0	1	0	1 (5,56)
	Muito Ruim	0	0	0	0	0	0 (0)

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Legenda: A: Hospital "A" (Manaus); B: Hospital "B" (Recife); C: Hospital "C" (Brasília); D: Hospital "D" (São Paulo); e E: Hospital "E" (Porto Alegre).

Quanto às Notas de Segurança do Paciente *Excelente* e *Muito boa*, relativas às áreas/unidades de trabalho do participantes no hospital, por categoria profissional (entre as seis mais representativas na pesquisa), os *Odontólogos* apresentaram o maior percentual com 75,76%; os *Técnicos de Enfermagem* apresentaram 68,57%; os *Farmacêuticos/Bioquímicos/Biólogos/Biomédicos* apresentaram 68,22%; os *Fisioterapeutas/Terapeutas Respiratórios/Terapeutas Ocupacionais/Fonoaudiólogos*, 60,87%; *Enfermeiros*, 52,12%; e o menor percentual foi o de *Médicos do Corpo Clínico/Médicos Assistentes*, com 50,00%.

Na Tabela 22 estão dispostos os números de eventos notificados, no período de 12 meses, por categoria profissional (entre as seis mais representativas na pesquisa).

Tabela 22 - Número de eventos notificados, no período de 12 meses, por categoria profissional (entre as seis mais representativas na pesquisa)

	Número de eventos notificados	A	B	C	D	E	Total
							“N” Absoluto (%)
Técnicos de Enfermagem	Nenhuma notificação	3	0	23	37	10	73 (70,87)
	1 a 2	2	1	7	1	4	15 (14,56)
	3 a 5	0	0	4	3	3	10 (9,71)
	6 a 10	1	0	1	1	0	3 (2,92)
	11 a 20	0	0	1	0	1	2 (1,94)
	21 ou mais	0	0	0	0	0	0 (0)
Médicos	Nenhuma notificação	4	11	6	16	8	45 (63,38)
	1 a 2	1	1	1	10	3	16 (22,54)
	3 a 5	1	1	1	1	3	6 (8,45)
	6 a 10	0	0	1	1	1	3 (4,23)
	11 a 20	0	0	0	1	0	1 (1,41)
	21 ou mais	0	0	0	0	0	0 (0)
Enfermeiros	Nenhuma notificação	0	2	5	7	1	15 (21,74)
	1 a 2	0	0	2	8	4	14 (20,29)
	3 a 5	0	1	1	12	1	15 (21,74)
	6 a 10	2	4	4	3	0	13 (18,84)
	11 a 20	0	1	1	3	1	5 (7,25)
	21 ou mais	1	0	2	1	3	7 (10,14)

Odontólogos	Nenhuma notificação	4	4	15	5	0	28 (82,35)
	1 a 2	1	1	0	0	2	4 (11,77)
	3 a 5	1	0	1	0	0	2 (5,88)
	6 a 10	0	0	0	0	0	0 (0)
	11 a 20	0	0	0	0	0	0 (0)
	21 ou mais	0	0	0	0	0	0 (0)
Fisioterapeutas / Terapeutas Respiratórios / Terapeutas Ocupacionais / Fonoaudiólogos	Nenhuma notificação	3	1	6	6	0	16 (69,57)
	1 a 2	0	0	1	1	3	5 (21,73)
	3 a 5	0	0	1	0	0	1 (4,35)
	6 a 10	0	0	0	0	0	0 (0)
	11 a 20	0	0	0	0	1	1 (4,35)
	21 ou mais	0	0	0	0	0	0 (0)
Farmacêuticos / Bioquímicos / Biólogos / Biomédicos	Nenhuma notificação	1	0	0	0	1	2 (11,77)
	1 a 2	1	0	2	0	3	6 (35,29)
	3 a 5	1	0	2	1	0	4 (23,53)
	6 a 10	0	0	1	0	0	1 (5,88)
	11 a 20	0	0	1	0	0	1 (5,88)
	21 ou mais	0	0	1	1	1	3 (17,65)

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Legenda: A: Hospital "A" (Manaus); B: Hospital "B" (Recife); C: Hospital "C" (Brasília); D: Hospital "D" (São Paulo); e E: Hospital "E" (Porto Alegre).

Em referência ao número de eventos notificados, no período de 12 meses, por categoria profissional (entre as seis mais representativas na pesquisa), informaram não ter realizado qualquer notificação 11,77% dos *Farmacêuticos/Bioquímicos/Biólogos/Biomédicos*, o menor percentual dentre os grupos avaliados; 21,74% dos *Enfermeiros*; 63,38% dos *Médicos do Corpo Clínico/Médicos Assistentes*; 69,57% dos *Fisioterapeutas/Terapeutas Respiratórios/Terapeutas Ocupacionais/Fonoaudiólogos*; 70,87% dos *Técnicos de Enfermagem*; e 82,35% dos *Odontólogos*, o maior percentual nesta avaliação.

5.8. COMENTÁRIOS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS HOSPITAIS

O último campo do questionário convidava os participantes a realizarem comentários sobre aspectos relacionados à segurança do paciente em seus hospitais. Dos 360 formulários selecionados para este estudo, 42 (11,67%) respondentes registraram algum comentário sobre o assunto. Tais relatos foram organizados de acordo com as dimensões da cultura de segurança.

De acordo com as respostas apresentadas e visualizadas no quadro a seguir, observa-se que os participantes demonstraram preocupação com o tema segurança do paciente, principalmente quando relacionado às dimensões *Trabalho em equipe dentro das unidades*, *Trabalho em equipe entre as unidades*, *Apoio da gestão para a segurança do paciente*, *Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações*, *Retorno da informação e comunicação sobre erro*, *Passagem de plantão ou de turno / transferência*, *Adequação de profissionais* e *Respostas não punitivas aos erros*.

Quadro 3 - Comentários dos participantes do estudo, relacionados à cultura de segurança do paciente, de acordo com as dimensões do HSOPSC

Dimensão – Trabalho em equipe dentro das unidades
“Falta engajamento, principalmente dos médicos.”
Dimensão – Trabalho em equipe entre as unidades
“Ausência de comunicação entre equipes.”
Dimensões – Apoio da gestão para a segurança do paciente e Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações
<p>“(…) a falta de interação entre o NSP e direção faz com que os processos não sejam desenvolvidos da melhor maneira possível, tornando a segurança do paciente prejudicada.”</p> <p>“A segurança do paciente é uma temática extremamente relevante e importante, às vezes negligenciada pela direção dos hospitais.”</p> <p>“É de suma importância a participação da direção do hospital, bem como das chefias para o bom andamento dos processos envolvidos.”</p> <p>“A falta de reconhecimento e bonificação gera um desânimo, desestímulo e piora na qualidade do trabalho que repercute de forma negativa nos colegas e pacientes.”</p> <p>“Nosso serviço não é valorizado como deveria.”</p> <p>“Há atenção da Direção em relação à segurança, porém sugestões não são ouvidas.”</p>
Dimensão – Retorno da informação e comunicação sobre erro
<p>“Algumas informações passadas não são repassadas pela chefia a equipe do setor.”</p> <p>“Precisamos nos situar das mudanças de protocolos.”</p> <p>“Comunicação entre os profissionais, falar a mesma língua.”</p> <p>“(O núcleo de segurança do paciente) não divulga planos efetivos para evitar reincidência de erros, não mantém boa relação com nenhum setor do hospital.”</p>
Dimensão – Passagem de plantão ou de turno / transferência
“A passagem do paciente pelos (diferentes) setores do hospital não segue uma ordem cronológica, ficando tudo perdido em seu prontuário. Dificultando o histórico desse paciente.”

Dimensão – Adequação de profissionais
<p>“Não se faz enfermagem sem gente.”</p> <p>“(…) o cansaço impacta na qualidade da assistência e, conseqüentemente, prejuízo a segurança do paciente.”</p> <p>“Para pensarmos em segurança do paciente é fundamental estabelecermos níveis mínimos padronizados de efetivos.”</p> <p>“Profissionais sobrecarregados, ainda que excelentes naquilo que fazem, não serão suficientes para manter o padrão de qualidade esperado.”</p> <p>“Cuidar de quem cuida também precisa ser relevante.”</p> <p>“A escassez de funcionários, falta de treinamento e acúmulo de missões (dificulta a) atenção para com o paciente.”</p> <p>“A alta rotatividade e a falta de profissionais não permitem a melhoria contínua do processo.”</p> <p>“(…) o cansaço, estresse, o pouco tempo em família para estar no serviço são as maiores causas para a pouca segurança do paciente e a grande insatisfação deles.”</p> <p>“Profissionais desmotivados e cansados fisicamente e mentalmente propicia a ocorrência do aumento do número de eventos adversos no ambiente hospitalar, infelizmente.”</p> <p>“(…) devido à falta de funcionários e carga excessiva de horas semanal, fica inviável conseguirmos prestar o cuidado necessário aos nossos pacientes.”</p> <p>“(Diretor) deve olhar com mais carinho para quem cuida dos pacientes.”</p> <p>“(…) há uma cobrança excessiva dos profissionais, principalmente dos técnicos de enfermagem.”</p> <p>“Estamos fazendo o possível.”</p>
Dimensão – Respostas não punitivas aos erros
<p>“(…)a cobrança de produção e o medo da punição leva à fadiga e declínio da qualidade de vida.”</p> <p>“Percebo que quando acontece algum problema, o importante é saber de algum nome do provável causador, não da resolução do problema.”</p> <p>“O núcleo de segurança do paciente age procurando culpados.”</p>

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

6. DISCUSSÃO

Objetivando-se sistematizar esta discussão, ante os dados expostos anteriormente, decidiu-se, primeiramente, pela análise das características sociodemográficas dos participantes, seguindo-se da análise das dimensões da cultura de segurança do paciente (âmbito da unidade e hospital), em seguida a análise das dimensões de resultado e, por fim, a análise dos dados por grupo profissional.

Utilizou-se o coeficiente Alfa de Cronbach para avaliar a confiabilidade da consistência do instrumento, obtendo-se, no presente estudo (considerando-se os resultados totais) o valor do Alfa de Cronbach de 0,92. Quanto às dimensões, o coeficiente variou entre 0,45 (dimensão *Adequação de profissionais*) e 0,91 (dimensão *Frequência de notificação de eventos*). Tal resultado se assemelha ao encontrado em outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento e obtiveram um Alfa de Cronbach maior que 0,90 (Mota, 2018; Reis, 2013).

O valor geral do coeficiente obtido nesta pesquisa conferiu ao questionário uma alta confiabilidade. Conforme Nunnally (1978), um instrumento é considerado confiável quando o Alfa de Cronbach é maior que 0,70.

As respostas atribuídas a cada dimensão do instrumento HSOPSC foram identificadas como positivas ou negativas e classificadas conforme preconizado pela AHRQ em área de força (>75% de respostas positivas), área neutra (50-75% de respostas positivas) ou área com potencial de melhoria para a segurança do paciente (<50% de respostas positivas). (AHRQ, 2014).

6.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Analisando-se a amostra deste estudo, verificou-se que houve predominância do gênero feminino (68,52%), assim como demonstraram outros estudos correlatos (Façanha, 2019; Almeida, 2019; Carvalho *et al.*, 2017). Resultado também encontrado ao se analisar os dados dos hospitais participantes deste estudo de forma isolada, exceto os que se referem ao Hospital “B” (Recife), em que a divisão de gêneros se deu de forma equânime.

Quanto à faixa etária, verificou-se que 64,59% dos participantes possuíam idade superior a 35 anos, predominância também encontrada em outros estudos (Almeida, 2019; Mota, 2018).

O predomínio do sexo feminino e idade superior a 35 anos dentre profissionais participantes deste estudo, ratifica os resultados encontrados em pesquisas que objetivavam definir o perfil dos profissionais de saúde atuantes no Brasil. Estudo do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Econômicos (DIEESE), realizado em 2021, apontou que 74,4% dos profissionais das atividades de atenção à saúde humana são mulheres, mas elas são minoria entre os médicos (49,2%) e que por conta do tempo de formação e da experiência exigidas para a atuação na área da saúde, a proporção de trabalhadores jovens nessas atividades era menor, apenas 22,6% tinham menos de 30 anos (DIEESE, 2021).

Na *Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil*, conduzida pelo Conselho Federal de Enfermagem, 85,1% dos profissionais da área eram do sexo feminino e 54,4% possuíam acima de 35 anos (Machado, 2017); no estudo *Perfil Atual e Tendências do Cirurgião-Dentista Brasileiro*, 56% dos odontólogos são mulheres e 57,10% tem idade superior a 35 anos (Morita; Haddad; Araújo, 2010); enquanto os resultados do *Perfil do Farmacêutico no Brasil*, apontavam que 67,5% dos profissionais farmacêuticos no país são do sexo feminino (Serafin; Correia Júnior; Vargas, 2015).

Em relação à análise do cargo exercido, a maioria dos profissionais respondentes são Técnicos de Enfermagem (29,25%), assim como em outros estudos afins (Façanha, 2019; Sousa, 2019), seguida por Médicos do Corpo Clínico (20,06%) e Enfermeiros (19,78%). Esta lógica também se repete na estratificação dos dados por hospital participante, exceto no Hospital “B” (Recife), em que somente um técnico de enfermagem respondeu ao questionário.

Em relação ao nível de instrução, 62,71% declararam possuir Ensino Superior Completo ou Grau de Especialização, em congruência com outros estudos realizados (Almeida, 2019; Mota, 2018), o que também ocorre na análise individual por hospital. Dos Técnicos de Enfermagem, 32,38% possuem diploma de curso superior ou título de especialização.

Em relação ao tempo de trabalho na profissão/especialidade atual, 48% dos respondentes têm entre 11 e 20 anos de experiência, com média de 12,10 (\pm 6,31) anos, variação de um a 36 anos e mediana de 12 anos. Esse é um ponto positivo à

cultura de segurança, pois, segundo Rios, Hagemann e Pereira (2010), a inexperiência profissional contribui para a ocorrência de EA.

Todavia, quanto ao tempo de trabalho no hospital, 74,44% dos profissionais relataram que trabalham naquela instituição de saúde entre um e cinco anos, predominância também encontrada na análise individual dos dados por hospital, o que evidencia alta rotatividade entre os profissionais desse fundo de saúde e suas organizações hospitalares, o que é considerado um indicativo negativo para a cultura de segurança do paciente. Estudos já demonstraram que a segurança do paciente bem estruturada em uma instituição está associada à uma menor rotatividade de seus profissionais (Vogus et al., 2014).

Uma rotatividade expressiva entre profissionais, com um período de atuação dos mesmo de até cinco anos nas unidades hospitalares pesquisadas, também foi encontrada em outros estudos realizados (Almeida, 2019; Reis, 2013).

No que tange à carga horária semanal de trabalho em sua unidade hospitalar, 55,74% dos profissionais afirmaram trabalhar menos de 40 horas por semana, resultado próximo ao encontrado na Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente (ANVISA, 2022), com 58,2%.

6.2. ANÁLISE DAS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NÍVEL UNIDADE)

Os resultados obtidos com a aplicação do HSOPSC nos cinco hospitais referenciados neste trabalho permitiram conhecer a extensão da cultura de segurança do paciente no Brasil, ao se identificar a percepção dos profissionais participantes da pesquisa no que se refere aos tópicos previstos naquela ferramenta.

A análise das dimensões da cultura de segurança do paciente será apresentada na sequência, de forma segregada por tópico, conforme observado, primeiramente, na estrutura *unidade*.

6.2.1. Trabalho em equipe dentro das unidades

Esta dimensão avalia o trabalho em equipe em âmbito de unidade hospitalar, compreendendo os itens *A1. Nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras; A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe*

para concluí-lo devidamente; A4. Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito e A11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam.

Conforme Peduzzi *et al.* (2020), o trabalho em equipe constitui um dos componentes estratégicos de enfrentamento da crescente complexidade, tanto das necessidades de saúde, que requerem uma abordagem ampliada e contextualizada, como da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde em rede.

Na avaliação desta dimensão, constatou-se que houve predominância de respostas positivas (*concordo* ou *concordo totalmente*), correspondendo a 70,89% das respostas, representando a segunda dimensão com melhor índice, dentre as doze avaliadas.

Tal resultado também foi encontrado na avaliação segmentada por hospital, com variação de médias de respostas positivas à dimensão de 79,70% (Hospital “C” – Brasília) a 64,15% (Hospital “E” – Porto Alegre).

Dos itens desta dimensão, o item *A4* apresentou o percentual de respostas positivas mais alto (90,91%, no Hospital “A” – Manaus) e o item *A11*, o percentual mais baixo (44,11%, Hospital “B” – Recife).

Os percentuais menores referentes ao item *A11*, observados em todos os cinco hospitais participantes do estudo, refletem uma deficiência no trabalho em equipe entre as unidades, devendo este ser estimulado pelas chefias.

Estudo conduzido em hospitais croatas em 2016 concluiu que os pacientes podem ser impactados diretamente pelas atitudes dos profissionais de saúde em relação ao trabalho desenvolvido em equipe. (Šklebar *et al.*, 2016).

Cruz e Braz (2017), em seu estudo, enumeraram barreiras ao exercício do trabalho em equipe, apontando a adoção de atitudes impróprias, como o individualismo, falha de comunicação, desrespeito à diversidade, a antipatia e o mau humor como pontos prejudiciais ao desenvolvimento dos trabalhos, transformando o ambiente laboral em um local desagradável e altamente contrário às práticas seguras.

Como alternativa à mitigação desse óbice, a realização de treinamentos em grupos, com uma abordagem interdisciplinar, é essencial para a aceitação e o comprometimento no trabalho em equipe. (Thomas; Galla, 2013).

Na avaliação geral e na segmentada, referente aos Hospitais “B” (Recife), “D” (São Paulo) e “E” (Porto Alegre), de acordo com a AHRQ, a dimensão foi classificada como área neutra, enquanto os Hospitais “A” (Manaus) e “C” (Brasília) apresentaram classificação da dimensão como área de força, sendo a dimensão com maior

percentual de respostas positivas no Hospital “C” (Brasília), atingindo 79,70% de respostas positivas.

Na avaliação desta dimensão em outros estudos realizados, em diferentes regiões do país, também houve predomínio de respostas positivas (ANVISA, 2022; Almeida, 2019; Mota, 2018), sugerindo uma área mais robustecida na cultura de segurança nacional.

6.2.2. Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações

Nesta dimensão avalia-se a forma como os funcionários percebem a segurança do paciente a partir das ações de seus supervisores/chefes, compreendendo os itens *B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente; B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente; B3R. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas” e B4R. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.*

Na avaliação desta dimensão, houve preponderância de respostas positivas (*concordo* ou *concordo totalmente*), representando 70,47% das respostas ao questionamento.

Na avaliação geral e na segmentada referente aos Hospitais “B” (Recife), C “Brasília”, “D” (São Paulo) e “E” (Porto Alegre), de acordo com a AHRQ, a dimensão foi classificada como área neutra, enquanto o Hospital “A” (Manaus) apresentou classificação da dimensão como área de força. Esta foi a dimensão com maior percentual de respostas positivas nos Hospitais “B” (Recife), “D” (São Paulo) e “E” (Porto Alegre), atingindo, respectivamente, 72,06%, 70,88% e 67,90% de respostas positivas, ratificando a não uniformidade da cultura de segurança no sistema de saúde avaliado.

Dos itens desta dimensão, *B2* e *B4R* apresentaram os maiores percentuais de respostas positivas (81,26% cada, ambos referentes ao Hospital “A” – Manaus) e o item *B3R* o percentual mais baixo (58,82%, Hospital “B” – Recife).

Sugerir “pular etapas” diante de situações difíceis ou extremadas, proposta no item *B3R*, contrasta com o que se espera de um chefe, líder ou supervisor em serviços de saúde.

Os profissionais que ocupam cargos de chefia e liderança nas instituições de saúde exercem papel fundamental na consolidação da cultura de segurança do paciente. Geralmente, estes profissionais são como elos entre a governança e os profissionais atuantes diretamente na assistência, possibilitando um intercâmbio de informações e demandas de ambos os lados.

Estes profissionais devem buscar aprimorar os processos, continuamente, defendendo iniciativas de segurança e criando sistemas que abordem as preocupações relatadas pelos profissionais da linha de frente e pelos pacientes. (Albright-Trainer, 2020).

6.2.3. Aprendizado organizacional – melhoria contínua

Esta dimensão avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e a efetividade das mudanças ocorridas. Compreende a dimensão os itens *A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente; A9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui e A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.*

Esta foi a dimensão com o maior percentual de respostas positivas na avaliação geral, dentre todas as doze dimensões analisadas, alcançando 71,21%, o que sugere a presença de uma cultura de aprendizagem (elemento fundamental da cultura de segurança), ainda que algumas vezes incipiente, nas instituições avaliadas.

A predominância de respostas positivas também foi observada na avaliação segmentada por hospital, com variação de médias de respostas positivas à dimensão de 84,85% (Hospital “A” – Manaus, compreendendo a dimensão com maior índice de respostas positivas deste hospital) a 64,52% (Hospital “E” – Porto Alegre).

O item *A6* apresentou o maior percentual de respostas positivas (93,94% no Hospital “A” – Manaus) e o item *A9* o percentual mais baixo (47,06%, Hospital “B” – Recife).

O item A9 foi o que apresentou os menores percentuais de respostas positivas em todos os hospitais avaliados. Nele, avalia-se a forma como a instituição trata e lida com o erro e, mais do que isso, se a instituição aprende com eles.

Estudos apontam que profissionais da saúde ainda são pouco instrumentalizados em sua formação para lidar com os erros, principalmente porque esses são associados a sentimentos de incapacidade, culpa, vergonha ou limitação do conhecimento científico conforme (Wegner *et al.*, 2016). Porém, as instituições hospitalares precisam aprender com os erros cometidos para buscar novas oportunidades de melhorias, com o aprendizado iniciando-se pelos líderes (dispostos a aprender) e, posteriormente, sendo compartilhado e valorizado por todos os outros profissionais da instituição (Rodrigues, 2016).

Outros estudos realizados de avaliação da cultura de segurança também apresentaram um predomínio de respostas positivas nesta dimensão, incluindo na Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais – 2021, na qual esta área atingiu o percentual geral de 83,9%. (Sousa, 2019; Mota, 2018; Anvisa, 2022).

6.2.4. Retorno da informação e comunicação sobre erro

Nesta dimensão avalia-se a percepção dos funcionários no hospital quanto ao *feedback* dos erros que ocorrem, à implementação de mudanças e à discussão de estratégias para que se evitem novos erros. Compreende esta dimensão os itens *C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos; C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade e C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.*

Uma forma de aprendizagem é obter um retorno quando acontecem erros e, além disso, dedicar tempo para refletir sobre eles. A habilidade de gerar respostas e obter *feedback* dos resultados de novas implementações também contribui para a aprendizagem com os erros ocorridos e, assim, as melhorias obtidas a partir da retroalimentação da informação e das notificações dos EA (Schein, 2009, *apud* Mota, 2018).

Nesta dimensão, a predominância de respostas positivas se manteve, porém com percentuais menores que os apresentados nas dimensões anteriores. Na

avaliação geral, a dimensão obteve 53,42% de respostas positivas. Porém, na avaliação estratificada dos dados, por hospital participante, o percentual de respostas positivas chegou a 45,44% (no Hospital “D” – São Paulo), obtendo o maior índice no Hospital “A” (Manaus), com 65,06%.

Na avaliação geral e na segmentada referente aos Hospitais “A” (Manaus), C “Brasília e “E” (Porto Alegre), de acordo com a AHRQ, a dimensão foi classificada como área neutra, enquanto os Hospitais “B” (Recife) e “D” (São Paulo) apresentaram classificação da dimensão como área fragilizada, com potencial de melhoria para a segurança do paciente.

Os resultados demonstram que o retorno da informação sobre os erros que ocorrem nas instituições avaliadas ainda é falho e deficiente, perdendo-se uma excelente oportunidade de se discutir sobre os erros, sensibilizar sobre a importância das notificações (ao demonstrar que as mesmas são de fato avaliadas e geram mudanças) e, por conseguinte, fortalecer a cultura de segurança.

Dos itens avaliados, o C5 apresentou o maior percentual de respostas positivas (81,26% no Hospital “A” – Manaus) e o item C1, o percentual mais baixo (32,35% no Hospital “B” - Recife).

Os resultados inferiores observados no item C1, quando comparados aos percentuais dos demais itens desta dimensão, apresentados de forma unânime entre os hospitais avaliados, refletem uma deficiência no compartilhamento de informações e comunicação sobre os erros com os profissionais, ação necessária para se gerar, além de fortalecimento da cultura organizacional, segurança, coesão e sentimento de pertencimento a cada membro da equipe.

Afinal, o ambiente hospitalar deve ser seguro para que os profissionais possam relatar os erros ocorridos, conversar abertamente sobre eles, analisá-los nas situações que os precederam, identificar pontos frágeis dos processos a fim de repará-los, discutir estratégias de melhorias e priorizar a comunicação baseada na confiança entre os profissionais. (Costa *et al.*, 2018).

Na Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais - 2021 (Anvisa, 2022), esta dimensão apresentou 62,6% de respostas positivas, resultado superior ao obtido no presente estudo. Outros estudos nacionais apresentaram resultados semelhantes ao encontrado nesta pesquisa (Mota, 2019; Reis, 2013), revelando uma área ainda imatura da segurança do paciente em nosso país.

6.2.5. Abertura da comunicação

Esta dimensão avalia se os profissionais do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar os pacientes e se eles se sentem à vontade para apresentar questionamentos às decisões de profissionais de maior autoridade. Integram esta dimensão os itens *C2. Os profissionais têm liberdade para dizer, ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente; C4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores e C6R. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.*

Nesta dimensão, houve predominância de respostas neutras ou negativas (53,42%), registrando-se apenas 46,58% de respostas positivas e configurando-se, de acordo com a AHRQ, como área frágil, com potencial de melhoria para a segurança do paciente.

Na avaliação individualizada, por hospital participante, houve manutenção da preponderância das respostas neutras ou negativas à dimensão, entre os Hospitais “B” (Recife), “C” (Brasília), “D” (São Paulo) e “E” (Porto Alegre), variando o percentual de respostas positivas nesses hospitais entre 42,92% (Hospital “E” – Porto Alegre) e 49,85% (Hospital “C” – Brasília) e caracterizando, assim, a dimensão como área com potencial de melhoria. Já o Hospital “A” (Manaus) obteve 53,13% de respostas positivas, único a apresentar a dimensão como área neutra.

O item C2 apresentou os maiores índices de respostas positivas, variando de 75,01% (no Hospital “A” – Manaus) a 63,71% (no Hospital “D” – São Paulo), enquanto o item C4 obteve os menores índices de respostas positivas, variando de 31,26% (no Hospital “A” – Manaus) a 19,40% (no Hospital “E” – Porto Alegre).

O item C4 abrange a possibilidade de questionamentos às decisões ou ações de superiores. O resultado geral e segmentado apresentado por este item talvez se justifique devido ao sistema pautado na hierarquia e na disciplina, com regulamento disciplinar próprio, ao qual fazem parte os hospitais participantes deste estudo.

Todavia, sem que haja qualquer nulidade da hierarquia ou disciplina, faz-se necessário que os hospitais elaborem políticas em que todos os trabalhadores consigam falar sobre erros, sem medo de retaliações ou punições, favorecendo as comunicações horizontais e verticais, o estabelecimento de vínculos e a valorização do ambiente de trabalho (Tartaglia *et al.*, 2018 *apud* Oliveira *et al.*, 2016).

Pela especificidade já apontada, foi encontrada maior conformidade de resultados a esta dimensão nos estudos realizados em instituições congêneres às utilizadas nesta pesquisa, como em Tavares *et al.* (2023), que apresentou 39,5% de respostas positivas a esta dimensão, e Silva (2022), com 35%.

Outros estudos que utilizaram nichos distintos de pesquisa, verificou-se predominância de respostas positivas, como na Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais - 2021 (Anvisa, 2022) em que esta dimensão apresentou 54,3% de respostas positivas.

6.2.6. Adequação de profissionais

A dimensão *Adequação de profissionais*, constituída pelos itens *A2. Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho; A5R. Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente; A7R. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente e A14R. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido*, avalia se os profissionais são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.

Na avaliação desta dimensão, houve predominância de respostas negativas, alcançando 46,48% do total de respostas. As respostas positivas obtiveram o percentual de 35,18%, conferindo a esta dimensão a segunda colocação dentre as dimensões com menores resultados positivos e classificando-a, conforme a AHRQ, como área frágil, com potencial de melhoria para a segurança do paciente.

O cenário não diverge na avaliação segmentada por hospital participante, com os percentuais de respostas positivas à dimensão variando de 39,35% (no Hospital “C” – Brasília) a 29,28% (no Hospital “E” – Porto Alegre).

Na avaliação dos itens constituintes da dimensão, o item *A7R* apresentou os maiores percentuais de respostas positivas, variando de 58,82% no Hospital “B” (Recife) a 51,51% no Hospital “A” (Manaus). Já o item *A2* obteve os menores percentuais de respostas positivas, variando de 36,63% no Hospital “C” (Brasília) a 14,70% no Hospital “E” (Porto Alegre).

O item A2 sintetiza o mote central da dimensão, ao questionar se há profissionais suficientes para atender a toda a demanda da unidade, apresentando, individualmente, o maior índice de respostas negativas da dimensão (60,28%).

Isto sugere um dimensionamento fragilizado de profissionais, o que acarreta em acúmulo de funções e, por conseguinte, em sobrecarga. A sobrecarga de trabalho é um fator de grande influência na segurança do paciente, sendo identificada como uma das principais causas da ocorrência de erros (Freitas, 2017).

Além disso, a sobrecarga também pode desencadear estafa ou exaustão. Estudo conduzido nos Estados Unidos, que avaliou a cultura de segurança do paciente em 44 Unidades de Tratamento Intensivo, revelou que profissionais que sofriam de síndrome de *burnout*² tendiam a ter uma pior percepção da cultura de segurança, o que estabeleceria uma relação entre estresse e cultura de segurança (Profit *et al.*, 2014).

A preponderância de respostas negativas e neutras à dimensão também foi encontrada em diversos outros estudos, como em Mota (2018), que apresentou 37,7% de respostas positivas, e Almeida (2019), com 49,25%. Porém, esses resultados divergem da Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais - 2021 (Anvisa, 2022), em que esta dimensão apresentou 54,0% de respostas positivas.

6.2.7. Resposta não punitiva aos erros

Esta dimensão abrange os itens A8R. *Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles*; A12R. *Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema* e A16R. *Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais*, avaliando como os profissionais se sentem em relação a seus erros ou se pensam que os erros possam ser usados contra eles e registrados em suas fichas.

Esta foi a dimensão com o menor índice de respostas positivas (26,19%) entre as 12 dimensões estudadas, apresentando predominância de respostas negativas

² Síndrome de *burnout* ou Síndrome do Esgotamento Profissional é um distúrbio emocional com sintomas de exaustão extrema, estresse e esgotamento físico resultante de situações de trabalho desgastante, que demandam muita competitividade ou responsabilidade. A principal causa da doença é justamente o excesso de trabalho. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sindrome-de-burnout>.

(51,93% do total de respostas), sendo, portanto, classificada como área frágil, com potencial de melhoria para a segurança do paciente, conforme o AHRQ.

Tal classificação também é obtida na avaliação individualizada dos dados por hospital, com os percentuais de respostas positivas variando de 34,34% (no Hospital “A” – Manaus) a 17,64% (no Hospital “B” – Recife).

Quanto aos itens constituintes da dimensão, o item *A12R* apresentou os maiores percentuais de respostas positivas, variando de 55,23% (no Hospital “E” – Porto Alegre) a 26,47% (no Hospital “B” – Recife). Em contrapartida, os itens *A8R* e *A16R* apresentaram os menores índices de respostas positivas entre todas as dimensões avaliadas, com médias de 18,38% e 17,88%, respectivamente.

O percentual de respostas positivas ao item *A8R* variou de 27,27% (no Hospital “A” – Manaus) a 14,52% (no Hospital “D” – São Paulo), enquanto o item *A16R* apresentou variação de 22,39% (no Hospital “E” – Porto Alegre) a 11,76% (no Hospital “B” – Recife).

Inúmeros outros estudos no Brasil obtiveram resultados semelhantes, com a dimensão *Respostas não punitivas ao erro* apresentando o menor percentual de respostas positivas dentre as doze dimensões avaliadas no HSOPSC (Anvisa, 2022; Sousa, 2019; Mota, 2018; Reis, 2013). Isso demonstra que, independentemente do cenário utilizado no estudo, as pesquisas de avaliação da cultura de segurança do paciente no Brasil apontam uma certa imaturidade desta cultura e um predomínio ainda da cultura punitiva e de culpabilidade nas instituições nacionais.

O medo e o receio estão presentes quando se aborda uma situação de erro, o que culmina em subnotificações ou não notificações deles, sendo um fator preocupante para o gerenciamento de eventos adversos e, por conseguinte, da segurança do paciente. Estudo que avaliava a importância da notificação na segurança do paciente apontou que 70,1% dos profissionais avaliados informaram que erros não são notificados porque o profissional tem medo da reação que sofreria de seus superiores (Bohomol; Ramos, 2007).

6.3. ANÁLISE DAS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NÍVEL HOSPITAL)

A seguir, apresenta-se a análise das dimensões da cultura de segurança do paciente, igualmente de forma segregada por tópico, na estrutura *hospital*.

6.3.1. Apoio da gestão para a segurança do paciente

Nesta dimensão, busca-se avaliar se a administração e a gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promova a segurança do paciente e demonstre que a segurança do paciente é prioritária. É composta pelos itens *F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente; F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade e F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.*

Na avaliação geral desta dimensão, houve predominância de respostas positivas, com percentual de 61,30%, sendo classificada como área neutra para a segurança do paciente, de acordo com a AHRQ.

O resultado também se repete na avaliação individualizada por hospital, com todas as instituições participantes do estudo apresentando predomínio de respostas positivas, variando de 81,73% (no Hospital “A” – Manaus) a 56,10% (no Hospital “C” – Brasília).

Quanto aos itens constituintes desta dimensão, a avaliação geral demonstrou pouca variação entre o percentual de respostas positivas, com o item *F1*, apresentando resultado de 60,22%, o item *F8*, 62,50% e o item *F9R*, 61,17%.

Todavia, tal uniformidade não foi observada na comparação dos resultados entres os hospitais, o que sugere políticas e condutas dissonantes entre os diretores de cada instituição no tocante à segurança do paciente. O item *F1* apresentou percentual de 90,63% de respostas positivas no Hospital “A” (Manaus) e 52,24%, no Hospital “E” (Porto Alegre); o item *F8* variou de 78,79% (no Hospital “A” – Manaus) a 52,47% (no Hospital “C” – Brasília); por fim, o item *F9R* apresentou variação de 75,76% (no Hospital “A” – Manaus) a 58,21% (no Hospital “E” – Porto Alegre).

Outros estudos correlatos apresentaram resultados semelhantes (Anvisa, 2022; Almeida, 2019; Reis, 2013).

Segundo Wachter (2013), a eficácia de um programa de segurança do paciente depende do conhecimento da alta liderança sobre as verdadeiras ocorrências nas unidades assistenciais, visto que os sistemas de notificações de incidentes não demonstram uma realidade completa da atividade na prestação de cuidado. Em consequência, ainda conforme o autor, é frequente que a percepção dos profissionais operacionais seja distinta da percepção da liderança sobre as questões de segurança.

Conforme Toledo (2018), a cobrança das instituições com qualidade e segurança tem de estar no mesmo patamar da exigência com o resultado financeiro, a experiência do paciente e o clima institucional. Uma instituição necessita de quatro pilares para ser sustentável: o resultado financeiro (para que a saúde seja sustentável tem de ser custo-efetiva), a experiência do paciente, a experiência do colaborador (como o clima institucional favorece o engajamento nas práticas institucionais) e, também, os indicadores assistenciais de qualidade e segurança. Do contrário, continuará trabalhando para receber uma avaliação sempre externa e não ostentar um valor que seja intrínseco à instituição.

6.3.2. Trabalho em equipe entre as unidades

Esta dimensão avalia se as unidades do hospital cooperam e coordenam-se entre si para prover o cuidado de alta qualidade para os pacientes. É composta pelos itens *F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si; F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto; F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital e F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.*

Na avaliação geral desta dimensão, houve predominância de respostas negativas e neutras, apresentando percentual de 46,20% de respostas positivas e sendo, portanto, classificada como área frágil, com potencial de melhoria para a segurança do paciente, conforme o AHRQ.

A avaliação segmentada dos resultados por hospital demonstrou grande disparidade de resultados entre as instituições participantes. Enquanto para os Hospitais “A” (Manaus) e “C” (Brasília) a dimensão foi classificada como área neutra, conforme a AHRQ, obtendo, respectivamente, 70,91% e 52,78% de respostas positivas, para os Hospitais “B” (Recife), “D” (São Paulo) e “E” (Porto Alegre), a dimensão foi classificada como área frágil, com potencial de melhoria para a segurança do paciente, tendo sido obtidos percentuais de respostas positivas de 41,17%, 40,48% e 37,60%, respectivamente.

Quanto aos itens constituintes da dimensão, o item *F2R* apresentou os menores percentuais de respostas positivas entre todos os hospitais, variando de 59,38% (no Hospital “A” – Manaus) a 22,06% (no Hospital “E” – Porto Alegre). Já o

item *F10* apresentou os maiores percentuais de respostas positivas, variando de 84,85% (no Hospital “A” – Manaus) a 38,23% (no Hospital “B” – Recife).

Outros estudos correlatos apresentaram resultados semelhantes (Mota, 2018; Reis, 2013), divergindo da Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais - 2021 (Anvisa, 2022), em que esta dimensão apresentou predomínio de respostas positivas, obtendo índice de 58,6%.

Mota (2018, *apud* Clancy, 2007) refere que a qualidade do trabalho em equipe afeta a eficácia dos cuidados, a segurança do paciente e os resultados clínicos. A ferramenta *Estratégias e Ferramentas de Equipe para Melhorar o Desempenho e a Segurança do Paciente*, conhecida como *TeamSTEPPS*, foi desenvolvida com o objetivo de melhorar a segurança do paciente, por meio de uma abordagem com comunicação aprimorada e trabalho em equipe eficaz. O *TeamSTEPPS* oferece ferramentas baseadas em evidências e projetadas especificamente para os serviços de saúde.

A incorporação desta ferramenta por todas as unidades que constituem o sistema de saúde envolvido neste estudo, auxiliando na padronização do trabalho em equipe, poderia refletir diretamente na melhoria da segurança do paciente e da qualidade da assistência prestada.

6.3.3. Passagem de plantão ou de turno/transferências

Nesta dimensão, é avaliado se as informações importantes sobre o cuidado aos pacientes são transferidas pelas unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno. Compõem esta dimensão os itens *F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra; F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno; F7R. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital e F11R. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.*

Na avaliação geral desta dimensão, houve predominância de respostas negativas e neutras, com percentual de respostas positivas de 40,51%, o que a classifica como área frágil, com potencial de melhoria para a segurança do paciente, conforme o AHRQ.

Já a avaliação segmentada por hospital participante apresenta resultados divergentes. Enquanto os Hospitais “A” (Manaus) e “C” (Brasília) obtiveram preponderância de respostas positivas, com resultados de 63,59% e 51,36%, respectivamente, os Hospitais “B” (Recife), “D” (São Paulo) e “E” (Porto Alegre) apresentaram 34,56%, 34,58% e 27,09%, respectivamente, como percentuais de respostas positivas, sendo esta dimensão classificada como área frágil, com potencial de melhoria, nesses hospitais.

Em relação aos itens constituintes desta dimensão, o item *F11R* apresentou o melhor desempenho, com 54,37% de respostas positivas na avaliação geral e, também, o item com maior percentual de respostas positivas na avaliação individualizada por hospital. Em contrapartida, o item *F7R* apresentou o menor percentual de respostas positivas na avaliação geral, com 32,30%, porém não sendo unanimidade como o item de pior desempenho na avaliação segmentada por hospital.

Em estudos recentes, semelhantes a este, também houve predomínio de respostas negativas e neutras a esta dimensão (Silva, 2022; Sousa, 2019; Mota, 2018), porém divergindo da Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais - 2021 (Anvisa, 2022), em que esta dimensão apresentou predominância de respostas positivas, obtendo índice de 52,8%.

A deficiência na passagem de plantão/turno e nas transferências de pacientes sugere a existência de um cuidado fragmentado, descontínuo, acarretando insegurança à assistência e colocando em risco os pacientes. É indispensável que exista uma melhoria e uniformização na passagem de plantão/turno, devendo ela ocorrer em local adequado, com profissionais atentos às informações e utilizando ferramentas e estratégias já consolidadas para isso, como o SBAR (*Situation-Background-Assessment-Recommendation*) (Felipe et al., 2022).

A ferramenta SBAR compreende questionamentos rápidos e padronizados, para que todos compartilhem de informações precisas e focalizadas, com a redução da necessidade de repetição e possibilidade de elaborar informações detalhadas, permitindo que os erros de comunicação diminuam e fatores contribuintes da melhoria de atitudes de segurança sejam incrementados. (Felipe et al., 2022).

O SBAR é somente um dos componentes da ferramenta *TeamSTEPPS* e, assim como já exposto anteriormente acerca da incorporação desta ferramenta pelas unidades que constituem o sistema de saúde envolvido neste estudo, a padronização do uso deste componente na transferência do cuidado (passagens de plantão,

transferência inter ou intra-hospitalares) incorporaria mais segurança aos pacientes, aos profissionais e à instituição.

6.4. ANÁLISE DAS DIMENSÕES DE RESULTADOS

Os resultados obtidos com a aplicação do questionário utilizado na pesquisa permitiram identificar a percepção geral da segurança do paciente e a frequência de relato de eventos, dimensões essas analisadas a seguir.

6.4.1. Percepção geral da segurança do paciente

Esta dimensão 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. É constituída pelos itens *A10R. apenas por acaso que erros mais graves não acontecem por aqui*; *A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída*; *A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente* e *A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros*.

A avaliação geral desta dimensão apresentou predomínio de respostas negativas e neutras, obtendo percentual de respostas positivas de 44,04%, indicando, portanto, tratar-se de uma área frágil, com potencial de melhoria para a segurança do paciente, conforme o AHRQ.

Na observação individualizada por hospital, o resultado obtido na avaliação geral reflete aqueles apresentados nos Hospitais “B” (Recife), “C” (Brasília), “D” (São Paulo) e “E” (Porto Alegre), com 29,94%, 48,26%, 43,12% e 38,70%, respectivamente, de percentual de respostas positivas, caracterizando tal dimensão como área frágil nestas instituições. Todavia, o Hospital “A” (Manaus) apresentou percentual de respostas positivas a esta dimensão de 59,85%, classificando-a como área neutra naquele nosocômio.

Na avaliação geral, o item que apresentou melhor desempenho foi o *A10R*, com 60,22% de percentual de respostas positivas, enquanto o item *A15* foi o que apresentou o menor índice de respostas positivas a esta dimensão, com 32,21%.

O resultado observado no item *A15* sugere a necessidade de fomento e fortalecimento da gestão de riscos nessas instituições. A gestão de riscos

assistenciais depreende a identificação e avaliação dos riscos, bem como o desenvolvimento de estratégias para enfrentá-los e a implementação de ações de prevenção e controle, dirigidas a diminuir o seu impacto. Além disso, a gestão de riscos é o primeiro dos objetivos específicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (Gama *et al*, 2020).

Estudos correlatos recentes apresentaram resultados semelhantes nesta dimensão (Anvisa, 2022; Silva, 2022; Almeida, 2019).

Os resultados obtidos neste e nos outros estudos apontados que avaliaram a cultura de segurança do paciente no Brasil podem refletir também a imaturidade da cultura de segurança do paciente pelo pouco tempo da incorporação oficial da temática em nosso país, haja vista que o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Brasil, 2013) e a RDC nº 36 (Anvisa, 2013) foram instaurados há 10 anos somente.

6.4.2. Frequência de relato de eventos

Esta dimensão relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que afetassem o paciente. Compreende esta dimensão os itens *D1. Quando ocorre erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?*; *D2. Quando ocorre erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?* e *D3. Quando ocorre erro que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?*.

A avaliação geral desta dimensão demonstrou predomínio de respostas positivas, com percentual de 53,74%, classificando-a com área neutra, conforme a AHRQ.

Todavia, a avaliação segmentada por hospital participante demonstra não ter havido uniformidade no resultado desta dimensão entre as instituições. Os hospitais “C” (Brasília), “D” (São Paulo) e “E” (Porto Alegre) reproduziram o resultado geral, com predominância de respostas positivas, obtendo 64,20%, 52,50% e 51,55%, respectivamente, indicando área neutra naquelas instituições. Já os Hospitais “A” (Manaus) e “B” (Recife) apresentaram predomínio de respostas negativas e neutras, com 46,88% e 38,24%, respectivamente, demonstrando tratar-se de uma área frágil,

com potencial de melhoria para a segurança do paciente, conforme o AHRQ, naqueles nosocômios.

A avaliação geral dos itens constituintes da dimensão demonstra que o item *D3* apresentou o maior percentual de respostas positivas, com 60,51%, enquanto o item *D1* apresentou o menor, com 50,00%.

Estudos afins apresentaram resultados semelhantes nesta dimensão. (Anvisa, 2022; Mota, 2018; Reis, 2013).

Conforme Moraes e Aguiar (2020), a notificação dos eventos adversos é um importante instrumento de gestão e meio de aprendizagem para a melhoria contínua dos processos assistenciais, sendo fundamental para análise dos incidentes, identificação das possíveis causas e implantação de estratégias que previnam a reincidência dos erros evitáveis. Uma revisão sistemática conduzida pelos autores, que avaliava as lacunas da notificação de eventos adversos na segurança do paciente, concluiu que as subnotificações ocorrem principalmente devido à alta rotatividade, à falta de tempo, ao medo de punição e à existência de medidas punitivas aplicadas pelas instituições diante da ocorrência de evento adverso.

Disponibilizar formas distintas de coleta de notificações (como caixas coletoras em pontos estratégicos e formulários *on-line* acessados por *QR-code*, por exemplo), enfatizar a possibilidade do anonimato nas notificações e ressaltar o objetivo da análise de processos e não a busca por culpados, seriam medidas importantes a serem adotadas para dirimir as subnotificações.

6.5. ANÁLISE DOS RESULTADOS POR CATEGORIA PROFISSIONAL

Conforme Façanha e Araújo (2023) e Notaro *et al.* (2019) afirmaram, há diferenças entre as categorias profissionais quanto à cultura de segurança do paciente e que ela é percebida diferentemente de acordo com o grupo profissional.

A literatura é vasta quanto à avaliação da cultura de segurança do paciente envolvendo uma única categoria profissional ou uma comparação de até dois grupos profissionais. Inúmeras pesquisas foram e têm sido realizadas exclusivamente com a participação de uma categoria específica.

Das categorias profissionais que foram objeto de estudos em que se aplicou o HSOPSC no Brasil, a avaliação com enfoque na equipe de enfermagem (incluindo profissionais de nível técnico e superior) é sobressalente. Fassarella *et al.* (2018),

Schuh, Krug e Possuelo (2020) e Sanchis *et al.* (2020) realizaram a pesquisa acerca da cultura de segurança do paciente exclusivamente com a participação de profissionais de enfermagem.

Em um *Scoping review*³ recentemente publicado (PRIETO; FONSECA; ZEM-MASCARENHAS, 2021), que buscava descrever as características da cultura de segurança do paciente nos hospitais brasileiros que aplicaram o HSOPSC, dos 36 estudos selecionados, 14 envolviam somente enfermeiros e/ou técnicos de enfermagem.

A lacuna existente na literatura acerca de estudos que comparem os resultados das 12 dimensões entre as diferentes categorias profissionais atuantes na assistência foi um fator limitador à discussão desta seção.

A fim de se obter um critério de comparação entre as categorias profissionais participantes do estudo e facilitar a sua análise, optou-se por avaliar o percentual de respostas positivas obtidas (no somatório das 12 dimensões) por categoria. Além disso, definiu-se que participariam dessa avaliação comparativa as seis categorias com maior representatividade na pesquisa.

Conforme elencado anteriormente, as seis categorias profissionais com maior representatividade no estudo foram: técnicos de enfermagem (n = 105; 29,25%), médicos do corpo clínico/médicos assistentes (n = 72; 20,06%), enfermeiros (n = 71; 19,78%), odontólogos (n = 34; 9,47%), fisioterapeutas / terapeutas respiratórios / terapeutas ocupacionais / fonoaudiólogos (n = 23; 6,41%) e farmacêuticos / bioquímicos / biólogos / biomédicos (n = 18; 5,01%).

Quanto ao número de respostas positivas totais obtidas no HSOPSC, os *Fisioterapeutas/Terapeutas Respiratórios/Terapeutas Ocupacionais/Fonoaudiólogos* apresentaram o maior índice, com 58,32% de respostas positivas, seguidos pelos *Farmacêuticos/Bioquímicos/Biólogos/Biomédicos*, com 56,48% e pelos *Técnicos de Enfermagem*, com 55,08%. Em último lugar ficaram os *Médicos*, com 45,40% de respostas positivas ao HSOPSC.

³ A revisão de escopo (ou *scoping review*) é proposta para a realização de mapeamento da literatura em um determinado campo de interesse, sobretudo quando revisões acerca do tema ainda não foram publicadas, sendo adequada a tópicos amplos e podendo reunir vários desenhos de estudos. Tem como principais objetivos examinar a extensão e natureza das produções e/ou esclarecer conceitos que fundamentam uma dada área; sistematizar e disseminar achados que podem contribuir para as práticas e políticas e para a pesquisa; e identificar lacunas na literatura existente.

Todavia, tal ordenação não se repete ao se estratificar os dados por hospital avaliado. A categoria *Médicos*, que, na comparação geral, obteve o pior desempenho, somente repete tal feito nos Hospitais “B” (Recife) e “C” (Brasília), enquanto o grupo composto por *Fisioterapeutas/Terapeutas Respiratórios/Terapeutas Ocupacionais/Fonoaudiólogos*, que, na avaliação geral, apresentou os maiores percentuais de respostas positivas, só figurou também como primeiro lugar, ao se segmentar os resultados por hospital participante, nos Hospitais “C” (Brasília) e “D” (São Paulo), o que corrobora a hipótese da existência de microculturas locais.

Em relação à Nota de Segurança do Paciente, os *Odontólogos* apresentaram o maior percentual de respostas *Excelente* ou *Muito boa*, com 75,76%, seguidos pelos *Farmacêuticos/Bioquímicos/Biólogos/Biomédicos*, com 72,22%, e pelos *Técnicos de Enfermagem*, com 68,57%. Os *Médicos* apresentaram o menor percentual dentre os grupos avaliados, com 50%. Em pesquisa conduzida por Notaro *et al.* (2019), o grupo *Médicos* apresentou índice de 47,3%, resultado próximo ao encontrado neste estudo, enquanto os *Técnicos de Enfermagem* apresentaram 51,2% e os *Enfermeiros*, 36,1%.

Sobre o número de eventos notificados, no período de 12 meses, 82,35% dos *Odontólogos* afirmaram que não realizaram nenhuma notificação, seguidos pelos *Técnicos de Enfermagem*, com 70,87%; os *Fisioterapeutas Terapeutas Respiratórios/Terapeutas Ocupacionais/Fonoaudiólogos*, com 69,57%, e os *Médicos*, com 63,38%. Em contrapartida, 88,23% dos *Farmacêuticos/Bioquímicos/Biólogos/Biomédicos* afirmaram que realizaram ao menos uma notificação no período de 12 meses, seguidos pelos *Enfermeiros*, com 78,26%.

Minuzzi, Salum e Locks (2016) também encontraram um número reduzido de eventos informados por médicos, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem no estudo que conduziram de avaliação da cultura de segurança.

Assim como ocorreu no presente estudo, pesquisas realizadas por Batista *et al.* (2019), Tereanu *et al.* (2018), Nie *et al.* (2013) e Campbell *et al.* (2010), que avaliavam a cultura de segurança do paciente em relação às dimensões do HSOPSC, identificaram que, comparados à equipe médica, os profissionais de enfermagem apresentaram uma percepção mais positiva da cultura de segurança do paciente.

7. CONCLUSÃO

Apesar de integrarem uma ampla rede de atendimento, com 25 hospitais, cinco unidades de atendimento secundário e 29 de atendimento primário, ramificadas por todo o território nacional, os cinco hospitais elencados para este estudo estão entre as sete maiores unidades da rede avaliada.

De modo geral, a percepção dos profissionais avaliados neste estudo reflete uma cultura fragilizada para a segurança do paciente.

Somente dois, dos cinco hospitais avaliados, apresentaram dimensões classificadas como *fortes*, segundo o AHRQ (Hospital “A” – Manaus, nas dimensões *Trabalho em equipe dentro das unidades*, *Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações*, *Aprendizado organizacional – melhoria contínua* e *Apoio da gestão para a segurança do paciente*; e o Hospital “C” – Brasília, nas dimensões *Trabalho em equipe dentro das unidades* e *Aprendizado organizacional – melhoria contínua*). Todavia, todas as instituições avaliadas apresentaram as dimensões *Adequação de profissionais* e *Resposta não punitiva aos erros* como áreas frágeis, com potencial de melhoria para a segurança do paciente, assim como a dimensão *Percepção geral da segurança do paciente*, para quatro dos cinco hospitais avaliados.

Os resultados encontrados demonstram que, apesar de estarem sob a coordenação de uma mesma entidade financiadora e normativa, as instituições avaliadas não apresentam uniformidade quanto à cultura de segurança do paciente, sugerindo a existência de microculturas locais, o que evidencia a necessidade de uma maior padronização de protocolos e ferramentas e o estabelecimento de ciclos de educação continuada que abranjam e envolvam todas as unidades e categorias profissionais do sistema.

Uma maior uniformidade na qualidade da assistência prestada por suas unidades, independentemente de seu tipo, tamanho ou localização, trará mais segurança e confiabilidade aos beneficiários de toda a rede.

Pressupõe-se, portanto, que o objetivo deste estudo tenha sido alcançado, na medida em que ele permitiu identificar o diagnóstico da cultura de segurança nas instituições avaliadas ao evidenciar a percepção de diferentes profissionais acerca da segurança do paciente.

Este estudo apontou áreas relevantes e fragilidades da cultura de segurança, que devem ser do conhecimento dos gestores e lideranças de cada hospital objeto da

pesquisa, objetivando-se aprimorar processos para melhoria da qualidade. Ademais, os resultados demonstram a necessidade de se estimular, promover e disseminar a cultura justa nas instituições avaliadas.

Por fim, observa-se a necessidade de que novos estudos sobre cultura de segurança do paciente sejam realizados, envolvendo e comparando todas as categorias profissionais atuantes em um hospital, e não somente estudos dicotômicos, que abranjam profissionais da enfermagem e/ou médicos.

REFERÊNCIAS

ABREU, Ingrid Moura de *et al.* Cultura de la seguridad del paciente en un centro quirúrgico: visión de la enfermería. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality. **Efforts to improve patient safety result in 1.3 million fewer patient harms: interim update on 2013 annual hospital-acquired condition rate and estimates of cost savings and deaths averted from 2010 to 2013**. Rockville. 2014. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/hai/pfp/interimhacrate2013.html>. Acesso em: 14 abr. 2022.

ALBRIGHT-TRAINER, Brooke *et al.* Liderança efetiva e cultura de segurança do paciente. **Boletim da Anesthesia Patient Safety Foundation**. 2020; 35-44:46.

ALMEIDA, Jorge Luís Silva de. **Cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário de Natal/RN**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Sociedade) – Escola de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. 2019.

ALVES, Michelle de Fatima Tavares; CARVALHO, Denise Siqueira de; ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2895-2908, 2019.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - 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**, 2013; 25 jul.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: 2016.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Estratégias para segurança do paciente em hospitais e clínicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 5 fev. 2022.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais – 2021. Brasília (DF): 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/relatorio-avaliacao-da-cultura-de-seguranca-2021.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2023.

ARAGÃO, Júlio *et al.* Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista práxis**, v. 3, n. 6, 2011.

BATISTA, Josemar *et al.* Diferenças entre profissionais de enfermagem e medicina acerca da cultura de segurança do paciente cirúrgico. **Enfermería Global**, v. 20, n. 3, p. 86-126, 2021.

BATISTA, Josemar *et al.* Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180192, 2019.

BERNARDES, Renata. Programa Nacional de Segurança do Paciente já tem história para contar. **PROQUALIS – Aprimorando as práticas de saúde**. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz). Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/noticias/programa-nacional-de-seguran%C3%A7a-do-paciente-j%C3%A1-tem-hist%C3%B3ria-para-contar>. Acesso em: 2 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**. Brasília, p. 43, 2 abr. 2013 [acesso 3 mar 2019]. Seção 1. Disponível em: <https://bit.ly/2htwq8y>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Anexo 01: Protocolo de Prevenção de Quedas**. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Anexo 02: Protocolo de Identificação do Paciente**. Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Anexo 03: Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos**. Brasília, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Anexo 01: Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde**. Brasília, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Anexo 02: Protocolo de Prevenção de Úlcera por Pressão**. Brasília, 2013e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Anexo 03: Protocolo para Cirurgia Segura**. Brasília, 2013f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Protocolos Básicos de Segurança do Paciente**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/protocolos-básicos-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Sobre o Programa**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/daf/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp>. Acesso em: 20 ago. 2021.

BOECK, Karine Hoepers *et al.* A segurança do paciente devido os riscos da sobrecarga de trabalho dos enfermeiros. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 16, n. 3, p. 15-27, 2019.

BOHOMOL, Elena; RAMOS, Laís Helena. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 60, p. 32-36, 2007.

CAMPBELL, Eric G. *et al.* Patient safety climate in hospitals: act locally on variation across units. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 36, n. 7, p. 319-326, 2010.

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de; CASSIANI, Sílvia Helena De Bortoli. Questionário atitudes de segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire-Short Form 2006 para o Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, p. 575-582, 2012.

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de *et al.* Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil¹. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017.

CLANCY, Carolyn M. TeamSTEPPS: optimizing teamwork in the perioperative setting. **AORN Journal**, v. 86, n. 1, p. 18-21, 2007.

COHEN, Michael Richard (Ed.). **Medication errors**. American Pharmacist Association, 2007.

CORDEIRO, Luciana; SOARES, Cassia Baldini. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 20, n. 2, p. 37-43, 2019.)

COSTA, Daniele Bernardi da *et al.* Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, p. e2670016, 2018.

COUTO, Renato Camargos; PEDROSA, Tania Moreira Grillo; ROSA, Mario Borges. Erros acontecem: a força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados: construindo um sistema de saúde mais seguro [Internet]. **Belo Horizonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar**, 2016.

CRONBACH, Lee J. **Coefficient alpha and the internal structure of tests**. **Psychometrika**, v.16, n. 3, p.297-334, 1951.

CRUZ, Maria Juanete Evangelista da; BRAZ, Helena Maria Fagundes dos Santos. Trabalho em equipe: uma estratégia de gestão. **Entrepreneurship**, v. 1, n. 1, p. 46-58, 2017.

DALL'AGNOL, Clarice Maria *et al.* Motivações, contradições e ambiguidades na liderança de enfermeiros em cargo de chefia num hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 1172-1178, 2013.

DIAS, Monica Aguiar Estevam; MARTINS, Monica; NAVARRO, Nair. Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 719-729, 2012.

DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Emprego em pauta**. A inserção ocupacional na área da saúde. n. 19, 2021.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE DE PORTUGAL. Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. **Relatório técnico Final**, 2011.

DONALDSON, Molla S.; KOHN, Linda T.; CORRIGAN, Janet M. (Ed.). **To err is human: building a safer health system**. Institute of Medicine, 2000.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 68, p. 144-154, 2015.

DYKES, Patricia C. *et al.* **Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial**. *Jama*, v. 304, n. 17, p. 1912-1918, 2010.

FAÇANHA, Telma Rejane dos Santos. **Percepções de profissionais de saúde em uma instituição hospitalar: um enfoque bioético sobre cultura de segurança do paciente**. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília. 2019.

FAÇANHA, Telma Rejane dos Santos; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Percepção de Profissionais de Hospital Público sobre Cultura de Segurança do Paciente. **Revista Psicologia e Saúde**, p. e1511955-e1511955, 2023.

FASSARELLA, Cintia Silva *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente: estudo comparativo em hospitais universitários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018.

FELDMAN, Liliane Bauer. Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde: critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. **São Paulo: Martinari**, 2004.

FELDMAN, Liliane Bauer. Gestão de risco e segurança hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. In: **Gestão de risco e segurança hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento**. 2009.

FELIPE, Tânia Roberta Limeira *et al.* Instrumento de passagem de plantão da equipe de enfermagem-SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation): validação e aplicação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2022.

FLIN, Rhona. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. **Safety science**, v. 45, n. 6, p. 653-667, 2007. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0925753507000203>. Acesso em: 21 abr. 2021.

FREITAS, Etiane de Oliveira. **Carga de trabalho da enfermagem e cultura de segurança em unidade de terapia intensiva**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS, 2017.

FURINI, Aline Cristina Andrade; NUNES, Altacilio Aparecido; DALLORA, Maria Eulália Lessa do Valle. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

FURLAN, Maryana da Silva; LIMA, Antônio Fernandes Costa. Custo direto dos procedimentos para o tratamento do evento adverso flebite em Unidade de Internação Clínica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

GAMA, Zenewton André da Silva *et al.* Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00026215, 2016.

GAMA, Zenewton André da Silva *et al.* Questionário AGRASS: Avaliação da Gestão de Riscos Assistenciais em Serviços de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020.

GOVERNMENT OF IRELAND. **Building A Culture of Patient Safety: Report of the Commission on Patient Safety and Quality Assurance**. Chair: Dr Deirdre Madden. Stationary Office, Dublin, 2008.

HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa. Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura. In: **Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura**. 2011.

HUDSON, Patrick. Applying the lessons of high risk industries to health care. **BMJ Quality & Safety**, v. 12, n. suppl 1, p. i7-i12, 2003.

IHI/NPSF – Institute for Healthcare Improvement and the National Patient Safety Foundation. **Optimizing a Business Case for Safe Health Care**. 2017. Disponível em: <https://qi.eft.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/06/OptimizingBusinessCaseSafeHealthCare.pdf>; Acesso em: 15 abr. 2021.

LLAPA-RODRIGUEZ, Eliana Ofelia *et al.* Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, 2018.

LEONARD, Michael; GRAHAM, Suzanne; BONACUM, Doug. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. **BMJ Quality & Safety**, v. 13, n. suppl 1, p. i85-i90, 2004.

MACHADO, Maria Helena (Coord.). Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final: Brasil — Rio de Janeiro : NERHUS - DAPS - ENSP/Fiocruz, 2017.

MANSOÁ, Ana *et al.* Eventos adversos na prestação de cuidados hospitalares em Portugal no ano de 2008. **Revista portuguesa de saúde pública**, v. 29, n. 2, p. 116-122, 2011.

MARTINEZ, Anna Paula. **Gerenciamento de risco e segurança do paciente: a percepção dos estudantes e profissionais de saúde**. Dissertação (Mestrado em Educação nas Profissões da Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. 2014.

MELLO, Janeide Freitas de; BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, p. 1124-1133, 2013.

MENDES, Walter *et al.* Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 5, p. 421-428, 2013.

MINUZZI, Ana Paula; SALUM, Nádia Chiodelli; LOCKS, Melissa Orlandi Honório. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, 2016.

MORAES, Caroline Catarine Maciano de Sousa; AGUIAR, Ricardo Saraiva. A notificação de eventos adversos e suas lacunas no processo da segurança do paciente. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 271, p. 5025-5040, 2020.

MORITA, Maria Celeste; HADDAD, Ana Estela; ARAÚJO, Maria Ercília. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. In: **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. 2010.

MOTA, Gêssica Caroline Henrique Fontes. **A percepção de profissionais de saúde sobre cultura de segurança do paciente em hospital universitário**. Dissertação (Mestrado em produção e controle farmacêutico) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2018.

NASCIMENTO, Adelaide. Segurança dos pacientes e cultura de segurança: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3591-3602, 2011.

NIE, Yanli *et al.* Hospital survey on patient safety culture in China. **BMC health services research**, v. 13, n. 1, p. 1-11, 2013.

NIEVA, Veronica F.; SORRA, Joann. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **BMJ quality & safety**, v. 12, n. suppl 2, p. ii17-ii23, 2003.

NOTARO, Karine Antunes Marques *et al.* Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. e3167, 2019.

NUNNALLY, Jum C. **Psychometric Theory: 2d Ed.** McGraw-Hill, 1978.

OLIVEIRA, Roberta Meneses *et al.* Análise do conceito comportamento destrutivo no trabalho em saúde: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 0695-0704, 2016.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. In: **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2002.

PEDUZZI, Marina *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. e0024678, 2020.

PRIETO, Marcela; FONSECA, Renata; ZEM-MASCARENHAS, Silvia. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. **Rev Bras Enferm.** 2021;74(6):e20201315. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1315>. Acesso em: 2 abr. 2022.

PRONOVOST, Peter; SEXTON, Bryan. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. **BMJ Quality & Safety**, v. 14, n. 4, p. 231-233, 2005. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/14/4/231.short>. (<http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2005.015180>). Acesso em: 21 abr. 2021.

PROQUALIS. **Questionário sobre segurança do paciente em hospitais (HSOPSC)**. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2013. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/cartaz/question%C3%A1rio-sobre-seguran%C3%A7a-do-paciente-em-hospitais-hsopsc>. Acesso em: 15 abr. 2021.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** Artmed Editora, 2011.

PROFIT, Jochen *et al.* Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture. **BMJ quality & safety**, v. 23, n. 10, p. 806-813, 2014.

REIS, Claudia Tartaglia; LAGUARDIA, Josué; MARTINS, Mônica. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 2199-2210, 2012.

REIS, Cláudia Tartaglia *et al.* **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2013.

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

RIOS, Greize Cristina; HAGEMANN, Luciana Bihain; PEREIRA, Priscilla Almeida. **Relatório da pesquisa E-survey: o cuidado de enfermagem em emergência e a segurança do paciente**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. 43p. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/120909/288722.pdf?sequence=1>. Acesso em: 13 abr. 2022.

RODRIGUES, Willians Vinícius Dutra. **Avaliação da cultura de segurança do paciente entre profissionais de saúde um hospital público**. Dissertação (Mestrado em Gestão da Tecnologia e Inovação em Saúde) - Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. São Paulo. 2016.

SANCHIS, Desirée Zago *et al.* Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 73, p. e20190174, 2020.

SCHEIN, Edgar H. **Organizational Culture and Leadership**. 4 ed., San Francisco: Wiley, 2010. 436p. ISBN 9780470190609.

SCHUH, Laísa Xavier; KRUG, Suzane Beatriz Frantz; POSSUELO, Lia. Culture of patient safety in urgency/emergency units/Cultura de segurança do paciente em unidades de urgência/emergência. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 12, p. 616-621, 2020.

SERAFIN, Claudia; CORREIA JÚNIOR, Daniel; VARGAS, Mirella. Perfil do farmacêutico no Brasil: relatório – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015.

SHEKELLE, Paul G. *et al.* Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. **Evidence report/technology assessment**, n. 211, p. 1-945, 2013.

SHU, Qin *et al.* What does a hospital survey on patient safety reveal about patient safety culture of surgical units compared with that of other units? **Medicine**, v. 94, n. 27, 2015.

SILVA, Alexssandro da. **A gestão de riscos nos hospitais do Exército Brasileiro no nordeste do Brasil: Uma análise descritiva**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2012.

SILVA, Leonor Coelho da. **Percepção da cultura de segurança na emergência de um hospital militar em tempos de pandemia da Covid-19: estudo de método misto**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2022.

SIMAN, Andréia Guerra; CUNHA, Simone Grazielle Silva; BRITO, Maria José Menezes. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017.

ŠKLEBAR, Ivan *et al.* **How to improve patient safety culture in croatian hospitals?** *Acta Clin Croat*, v.55, n.3, p.370-380, 2016.

SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. Hospital survey on patient safety culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. **AHRQ Publication**, p. 04-0041, 2004.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Editora Fiocruz, 2019.

SOUSA, Jéssica Cezario de. **Cultura de segurança do paciente em um hospital regional goiano**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás. Goiânia. 2019.

STAUSBERG, Jürgen. International prevalence of adverse drug events in hospitals: an analysis of routine data from England, Germany, and the USA. **BMC health services research**, v. 14, n. 1, p. 1-9, 2014.

TARTAGLIA, Alexsandro *et al.* Comunicação, comportamentos destrutivos e segurança do paciente. **Revista SOBECC**, v. 23, n. 4, p. 226-230, 2018.

TAVARES, Izabella de Góes Anderson Maciel *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente em um Hospital Psiquiátrico Militar. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 1, p. 2738-2756, 2023.

TEREANU, Carmen *et al.* Survey on patient safety culture in the Republic of Moldova: a baseline study in three healthcare settings. **Clujul Medical**, v. 91, n. 1, p. 65, 2018.

THOMAS, Lily; GALLA, Catherine. Republished: building a culture of safety through team training and engagement. **Postgraduate Medical Journal**, v. 89, n. 1053, p. 394-401, 2013.

TOLEDO, Priscila Rosseto de. Liderança: Onde começa o comprometimento com a segurança do paciente?. **Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente**, São Paulo, 28 de agosto de 2018. Disponível em: < <https://ibsp.net.br/materiais-cientificos/lideranca-onde-comeca-o-comprometimento-com-a-seguranca-do-paciente/>>. Acesso em: 14 abr. 2022.

VAN KEULEN, Maria do Socorro Lina. **Eventos adversos: incidência e impacto econômico em um hospital de grande porte**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2017.

VOGUS, Timothy J. *et al.* Safety organizing, emotional exhaustion, and turnover in hospital nursing units. **Medical care**, p. 870-876, 2014.

WACHTER, Robert M. **Compreendendo a segurança do paciente**. AMGH Editora, 2013.

WEAVER, Sallie J. *et al.* Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. **Annals of internal medicine**, v. 158, n. 5_Part_2, p. 369-374, 2013.

WEGNER, Wiliam *et al.* Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery**, v. 20, 2016.

WHO - World Health Organization *et al.* **Global patient safety challenge: 2005-2006**. World Health Organization, 2005.

WHO - World Health Organization *et al.* **World alliance for patient safety progress report 2006-2007**. World Health Organization, 2006.

WHO - World Health Organization *et al.* **World alliance for patient safety: forward programme 2008-2009**. World Health Organization, 2008a.

WHO - World Health Organization *et al.* **Implementation manual: WHO surgical safety checklist**. World Health Organization, 2008b.

WHO - World Health Organization *et al.* **Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report January 2009**. World Health Organization, 2009.

WHO - World Health Organization *et al.* **Patient safety curriculum guide: multi-professional edition**. World Health Organization, 2011.

WHO - World Health Organization *et al.* **Patient safety: making health care safer**. World Health Organization, 2017a.

WHO - World Health Organization *et al.* **Medication without harm**. World Health Organization, 2017b

WHO - World Health Organization *et al.* **Campaign Essentials – World Patient Safety Day**. World Health Organization, 2019. Disponível em:

<https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/campaign-essentials/>.

Acesso em: 15 jun. 2022.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cultura de Segurança do Paciente: comparação da percepção de diferentes grupos profissionais atuantes na assistência hospitalar nas cinco grandes regiões do Brasil

Pesquisador: VICTOR CESAR DE SOUZA VALE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60112722.9.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.570.998

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"Trata-se de um estudo de delineamento transversal, de caráter descritivo e analítico, com aplicação de um questionário estruturado a uma quantidade planejada de indivíduos, nem prazo determinado de tempo. Tal metodologia permite a caracterização da percepção sobre determinado assunto de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual de cada um dos participantes, produzindo-se, então, indicadores sobre aquele coletivo. A presente investigação será realizada entre os profissionais atuantes na assistência ao paciente de cinco hospitais que prestam atendimento em nível terciário, estruturalmente semelhantes e vinculados a uma mesma instituição, localizados nas cidades de Manaus/AM (Região Norte), Recife/PE (Região Nordeste), Brasília/DF (Região Centro-Oeste), São Paulo/SP (Região Sudeste) e Porto Alegre/RS (Região Sul), todos vinculados e sob a égide de uma mesma instituição mantenedora. A população do estudo será composta pelos profissionais que atuem nos respectivos nosocômios há, pelo menos, 01 (hum) ano."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Analisar e comparar a percepção dos diferentes profissionais quanto à segurança do paciente, atuantes na assistência ao paciente, através da avaliação dos resultados

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.570.998

obtidos com a aplicação do formulário "Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) – Questionário Sobre Segurança do Paciente em Hospitais".

"Objetivo Secundário: Caracterizar e compreender os parâmetros sociodemográficos e ocupacionais dos participantes do estudo com relação às dimensões investigadas da cultura de segurança do paciente em uma instituição de saúde; indicar contribuições para ampliar reflexões sobre a cultura de segurança do paciente."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Esta pesquisa tem alguns riscos, considerados como "riscos mínimos" e restringem-se à mínima possibilidade de identificação dos participantes a partir dos dados coletados (como idade, sexo e cargo/função). Para minimizar tal risco, o pesquisador cumprirá os devidos protocolos e padrões de sigilo, utilizando as informações coletadas estritamente para fins acadêmicos e científicos. Por haver coleta de dados de forma não presencial, através de um ambiente virtual, há riscos característicos deste meio, em função das limitações das tecnologias utilizadas por cada participante. Benefícios: Caracterizar a percepção dos profissionais quanto à segurança do paciente possibilitará encontrar soluções e linhas de ação para melhoria de práticas, direcionando objetivos de intervenção e evitando-se danos desnecessários ao paciente."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.038-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.570.998

pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: março de 2023.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1968044.pdf	07/08/2022 21:37:36		Aceito
Outros	Questionario_Pesquisa_Sobre_Seguranca_do_Paciente.docx	07/08/2022 21:31:08	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Outros	Questionario_Pesquisa_Sobre_Seguranca_do_Paciente.pdf	07/08/2022 21:30:41	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Outros	Carta_Em_Resposta_Pendencias_CEP.doc	07/08/2022 21:30:07	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Outros	Carta_Em_Resposta_Pendencias_CEP.pdf	07/08/2022 21:29:15	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.570.998

Outros	Termo_Consentimento_Livre_Esclarecido.doc	07/08/2022 21:07:25	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Consentimento_Livre_Esclarecido.pdf	07/08/2022 21:05:12	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Outros	Projeto_de_Pesquisa_Detalhado.doc	04/08/2022 22:24:43	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Outros	Cronograma.doc	04/08/2022 22:21:38	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	04/08/2022 22:21:17	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Detalhado.pdf	04/08/2022 22:21:06	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicoes_Infraestruturas.pdf	27/06/2022 16:15:30	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Victor_Cesar_de_Souza_Vale.pdf	23/06/2022 15:51:51	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	22/06/2022 15:18:48	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Telma_Rejane_dos_Santos_Facanha.pdf	22/06/2022 14:47:33	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Alfredo_Chaoubah.pdf	22/06/2022 14:46:27	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Outros	Termo_Confidencialidade.pdf	22/06/2022 13:54:36	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	21/06/2022 15:16:25	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 09 de Agosto de 2022

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788

CEP: 36.036-900

E-mail: cep.propp@ufjf.br

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA ESCOLA PAULISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS (EPCM)



ESCOLA PAULISTA DE
CIÊNCIAS MÉDICAS - EPCM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cultura de Segurança do Paciente: comparação da percepção de diferentes grupos profissionais atuantes na assistência hospitalar nas cinco grandes regiões do Brasil

Pesquisador: VICTOR CESAR DE SOUZA VALE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60112722.9.3002.9887

Instituição Proponente: HOSPITAL MILITAR DE AREA DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.764.393

Apresentação do Projeto:

O presente parecer trata-se de reanálise do projeto focado na segurança do atendimento sob a visão dos diferentes profissionais da saúde que atuam diretamente no atendimento do paciente, com o fim de identificar pontos de melhoria, traçar objetivos mais claros e planos de ação direcionados à cultura de segurança do paciente.

Objetivo da Pesquisa:

No projeto analisado anteriormente, foram constatadas algumas fragilidades na redação do objetivo, e essas recomendações foram acatadas pelo pesquisador, passando a ter a seguinte redação: "Descrever a frequência de comportamentos no tocante à segurança do paciente entre os profissionais de hospitais das cinco grandes regiões brasileiras, promovendo o desenvolvimento de intervenções para a melhoria da cultura de segurança do paciente nas instituições hospitalares do Brasil, através da avaliação dos resultados obtidos com a aplicação do formulário "Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) – Questionário Sobre Segurança do Paciente em Hospitais".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa tem alguns riscos, considerados como "riscos mínimos" e restringem-se à mínima possibilidade de identificação dos participantes a partir dos dados coletados (como idade, sexo e

Endereço: Alameda Campinas, 579 - 1º andar, conj. 12

Bairro: Jd Paulista

CEP: 01.404-100

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2915-1488

E-mail: comite.etica@iaci.org.br



ESCOLA PAULISTA DE
CIÊNCIAS MÉDICAS - EPCM



Continuação do Parecer: 5.764.393

cargo/função). Para minimizar tal risco, o pesquisador cumprirá os devidos protocolos e padrões de sigilo, utilizando as informações coletadas estritamente para fins acadêmicos e científicos. Por haver coleta de dados de forma não presencial, através de um ambiente virtual, há riscos característicos deste meio, em função das limitações das tecnologias utilizadas por cada participante.

Benefícios:

Caracterizar a percepção dos profissionais quanto à segurança do paciente possibilitará encontrar soluções e linhas de ação para melhoria de práticas, direcionando objetivos de intervenção e evitando-se danos desnecessários ao paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é transversal, descritiva e analítica, com aplicação de um questionário estruturado ao participante de pesquisa. A proposta tem relevância por focar área sensível no campo do atendimento do paciente, tanto que o estudo vem se replicando no plano internacional e se baseia na metodologia adotada pelo proponente do projeto. Ao se identificar pontos de convergência e de divergência entre os diferentes profissionais que atuam diretamente no atendimento do paciente, obter-se-ão elementos essenciais para proposta de melhoria nas práticas desses profissionais. Os parâmetros para o levantamento também são consolidados tanto no plano internacional (Agency Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos EUA), quanto no plano nacional (Anvisa), e os métodos estatísticos de análise dos dados também se mostram adequados para o tratamento dos dados levantados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados adequadamente.

As pendências no TCLE apontadas anteriormente foram atendidas:

1 - Adicionar dizeres no TCLE que garantam que caso haja qualquer custo decorrente do projeto de pesquisa, haverá reembolso.

Foi incluído no 7º parágrafo do TCLE a informação de que "caso haja quaisquer custos decorrentes de sua participação neste projeto de pesquisa, haverá reembolso ou ressarcimento do mesmo".

Endereço: Alameda Campinas, 579 - 1º andar, conj. 12

Bairro: Jd Paulista

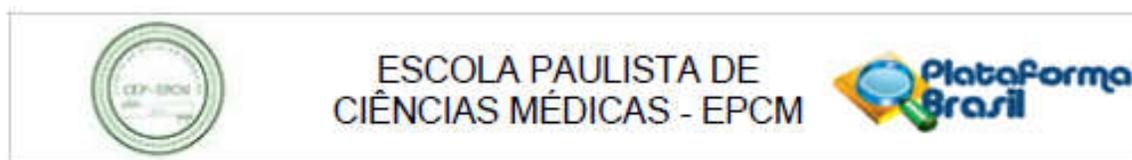
CEP: 01.404-100

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2915-1488

E-mail: comite.etica@lact.org.br



Continuação do Parecer: 5.764.393

2 - Adicionar dizeres no TCLE que garantam a assistência imediata, integral e gratuita ao participante caso haja danos decorrentes da pesquisa.

Foi incluído, no 8º parágrafo do TCLE a informação de que "caso o participante sofra qualquer dano resultante da participação neste estudo, sendo ele imediato ou tardio, ele tem direito a assistência imediata, integral e gratuita, pelo tempo que for necessário."

Recomendações:

NA.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências anteriores foram atendidas e o projeto pode ser aprovado.

Sem novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética da Escola Paulista de Ciências Médicas (CEP da EPCM) informa que a partir da data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, além da notificação de eventos adversos e de eventuais emendas ou modificações no protocolo, para apreciação do CEP, quando aplicável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1996334.pdf	21/10/2022 00:47:05		Aceito
Outros	Carta_Em_Resposta_Pendencias_CEP_epcm.doc	21/10/2022 00:46:15	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	_Projeto_de_Pesquisa_Corrigido_EPCM_.pdf	21/10/2022 00:45:55	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	_Projeto_de_Pesquisa_Corrigido_EPCM_.doc	21/10/2022 00:44:39	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Consentimento_Livre_Esclarecido_Corrigido_EPCM.pdf	21/10/2022 00:44:28	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Consentimento_Livre_Esclarecido_Corrigido_EPCM.doc	21/10/2022 00:44:01	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito

Endereço: Alameda Campinas, 579 - 1º andar, conj. 12
 Bairro: Jd Paulista CEP: 01.404-100
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)2915-1488 E-mail: comite.etica@iacl.org.br



ESCOLA PAULISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS - EPCM



Continuação do Parecer: 5.754.393

Outros	Carta_Em_Resposta_Pendencias_CEP_Escola_Paulista_Ciencias_Medicas.doc	13/08/2022 22:31:13	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Outros	Carta_Em_Resposta_Pendencias_CEP_Escola_Paulista_Ciencias_Medicas.pdf	13/08/2022 22:30:35	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Detalhado_Corrigido.pdf	13/08/2022 22:22:51	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Orçamento	Orcamento_Corrigido.doc	13/08/2022 22:22:15	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Outros	Questionario_Pesquisa_Sobre_Seguranca_do_Paciente.docx	07/08/2022 21:31:08	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Outros	Questionario_Pesquisa_Sobre_Seguranca_do_Paciente.pdf	07/08/2022 21:30:41	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Outros	Carta_Em_Resposta_Pendencias_CEP.doc	07/08/2022 21:30:07	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Outros	Carta_Em_Resposta_Pendencias_CEP.pdf	07/08/2022 21:29:15	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Outros	Termo_Consentimento_Livre_Esclarecido.doc	07/08/2022 21:07:25	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Consentimento_Livre_Esclarecido.pdf	07/08/2022 21:05:12	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Outros	Projeto_de_Pesquisa_Detalhado.doc	04/08/2022 22:24:43	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Outros	Cronograma.doc	04/08/2022 22:21:38	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Detalhado.pdf	04/08/2022 22:21:06	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Victor_Cesar_de_Souza_Vale.pdf	23/06/2022 15:51:51	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Telma_Rejane_dos_Santos_Facanha.pdf	22/06/2022 14:47:33	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Alfredo_Chaoubah.pdf	22/06/2022 14:46:27	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito
Outros	Termo_Confidencialidade.pdf	22/06/2022 13:54:36	VICTOR CESAR DE SOUZA VALE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Alameda Campinas, 579 - 1º andar, conj. 12

Bairro: Jd Paulista

CEP: 01.404-100

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2915-1488

E-mail: comite.etica@laci.org.br



ESCOLA PAULISTA DE
CIÊNCIAS MÉDICAS - EPCM



Continuação do Parecer: 5.764.393

SAO PAULO, 18 de Novembro de 2022

Assinado por:
Renata Zeigler Ananias Fedeli
(Coordenador(a))

Endereço: Alameda Campinas, 579 - 1º andar, conj. 12

Bairro: Jd Paulista CEP: 01.404-100

UF: SP Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2915-1488

E-mail: comite.etica@laci.org.br

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada **“CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NAS CINCO GRANDES REGIÕES DO BRASIL”**.

A motivação para realização desta pesquisa é avaliar a cultura de segurança a nível regional, individual, por unidade/setor e pelos grupos de profissionais, identificando nichos específicos cuja cultura necessita de melhorias, priorizando esforços de seu fortalecimento, através da identificação de fragilidades.

Nesta pesquisa objetiva-se caracterizar e comparar a percepção dos profissionais quanto à segurança do paciente, atuantes na assistência, através da análise dos resultados obtidos com a aplicação do formulário “Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) – Questionário Sobre Segurança do Paciente em Hospitais”.

Caso o (a) Sr.(a) concorde em participar, será submetido (a) a seguinte atividade: aplicação de questionário intitulado “Pesquisa Sobre Segurança do Paciente em Hospitais – HSOPSC”, composto de 50 perguntas, divididos em 09 seções. O tempo médio de preenchimento do questionário é de 10 minutos.

Esta pesquisa tem alguns riscos, considerados como “riscos mínimos” e restringem-se à mínima possibilidade de identificação dos participantes a partir dos dados coletados (como idade, sexo e cargo/função). Para minimizar tal risco, o pesquisador cumprirá os devidos protocolos e padrões de sigilo, utilizando as informações coletadas estritamente para fins acadêmicos e científicos. Por haver coleta de dados de forma não presencial, através de um ambiente virtual, há riscos característicos deste meio, em função das limitações das tecnologias utilizadas por cada participante. A pesquisa possibilitará encontrar soluções e linhas de ação para melhoria de práticas, direcionando objetivos de intervenção e evitando-se danos desnecessários ao paciente.

Para a captação dos dados será utilizada a plataforma especializada em questionário SurveyMonkey® (pertencente a empresa Momentive® - o Termo de Privacidade da plataforma pode ser consultado através do link <https://pt.surveymonkey.com/mp/legal/privacy/>). O questionário será acessado através do endereço eletrônico enviado para o e-mail de cada participante. Somente após a leitura e o aceite deste termo de consentimento haverá acesso ao questionário.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento.

A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade. O pesquisador não vai divulgar seu nome ou quaisquer dados pessoais. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (a) Sr.(a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

É muito importante que o (a) Sr.(a) arquive uma cópia deste termo (como, por exemplo, através de *print* da tela do dispositivo que estiver utilizando ou impressão do mesmo). Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

* 1. Ao clicar em **"Sim"** nas opções abaixo, o (a) Sr. (a) declara que leu e compreendeu as informações acima e que concorda em participar da pesquisa.

Caso não queira participar, basta fechar esta página ou clicar na opção **"Não"**.

Sim

Não


Assinatura
VICTOR CÉSAR DE SOUZA VALE
Pesquisador Responsável

Nome do Pesquisador Responsável: **VICTOR CÉSAR DE SOUZA VALE**

Campus Universitário da UFJF

Departamento de Saúde Coletiva / Faculdade de Medicina

Rua José Lourenço Kelmer – São Pedro

CEP: 36036-900

Fone: (61) 3415-5426

E-mail: cesarvale.victor@eb.mil.br

Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF

Campus Universitário da UFJF

Rua José Lourenço Kelmer – São Pedro

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102-3788

E-mail: cep_propp@ufjf.edu.br

Próx.

Desenvolvido pela
 SurveyMonkey
Veja como é fácil criar um questionário.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO (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.

* 2. Ao clicar em "**Sim**" nas opções abaixo, o (a) Sr. (a) declara que concorda em participar voluntariamente desta pesquisa.

Caso decida por não participar, basta fechar esta página em seu navegador ou clicar na opção abaixo "**Não**".

- Sim
- Não

3. 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.

- Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica
- Clínica (não cirúrgica)
- Cirurgia
- Obstetrícia
- Pediatria
- Setor de Emergência
- Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)
- Psiquiatria/saúde mental
- Reabilitação
- Farmácia

- Laboratório
- Radiologia
- Anestesiologia
- Outra, por favor, especifique:

4. 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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	<input type="radio"/>				
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	<input type="radio"/>				
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	<input type="radio"/>				
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	<input type="radio"/>				
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	<input type="radio"/>				
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	<input type="radio"/>				
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	<input type="radio"/>				
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	<input type="radio"/>				
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	<input type="radio"/>				

5. SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. SEÇÃO C: COMUNICAÇÃO

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	<input type="radio"/>				

2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	<input type="radio"/>				
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	<input type="radio"/>				
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	<input type="radio"/>				
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	<input type="radio"/>				
6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	<input type="radio"/>				

7. SEÇÃO D: FREQUÊNCIA DE EVENTOS RELATADOS

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

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

8. SEÇÃO E: NOTA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

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

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

9. SEÇÃO F: O SEU HOSPITAL

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

Pense no seu hospital...

	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	<input type="radio"/>				
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	<input type="radio"/>				
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	<input type="radio"/>				
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	<input type="radio"/>				
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	<input type="radio"/>				
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	<input type="radio"/>				

10. SEÇÃO G: NÚMERO DE EVENTOS NOTIFICADOS

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

- Nenhuma notificação
- 1 a 2 notificações
- 3 a 5 notificações
- 6 a 10 notificações
- 11 a 20 notificações
- 21 notificações ou mais

11. SEÇÃO H: INFORMAÇÕES GERAIS

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

Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- 16 a 20 anos
- 21 anos ou mais

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

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- 16 a 20 anos
- 21 anos ou mais

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

- Menos de 20 horas por semana
- 20 a 39 horas por semana
- 40 a 59 horas por semana
- 60 a 79 horas por semana
- 80 a 99 horas por semana
- 100 horas por semana ou mais

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

- Médico do Corpo Clínico / Médico Assistente
- Médico Residente / Médico em Treinamento
- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem
- Farmacêutico / Bioquímico / Biólogo / Biomédico
- Odontólogo
- Nutricionista
- Fisioterapeuta / Terapeuta Respiratório / Terapeuta Ocupacional / Fonoaudiólogo
- Psicólogo
- Assistente Social
- Técnico (p. ex. ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)
- Administração / Direção
- Auxiliar Administrativo / Secretário
- Outra, especifique

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

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

16. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? (em **anos**)

17. Qual o seu grau de instrução:

- Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto
- Primeiro grau (Ensino Básico) Completo
- Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto
- Segundo grau (Ensino Médio) Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Ensino Superior Completo
- Pós-graduação (Nível Especialização)
- Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)

18. Qual a sua idade?

19. Indique o seu sexo

- Feminino
- Masculino

20. 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.

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

Anter.

Próx.