



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**  
**“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**  
**FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**Maryelle Aparecida Alves**

**Cultura de Segurança do Paciente na Perspectiva dos Enfermeiros de um  
Hospital Terciário do Interior do Estado de São Paulo**

**Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,  
Campus de Botucatu para obtenção do título de Mestre em  
enfermagem pelo Programa de Pós-graduação de  
Enfermagem (Mestrado Acadêmico)**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra Silvana Andrea Molina Lima**

**BOTUCATU**  
**2019**

**Maryelle Aparecida Alves**

**Cultura de Segurança do Paciente na Perspectiva dos Enfermeiros de um Hospital Terciário do Interior do Estado de São Paulo.**

**Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu para obtenção do título de Mestre em enfermagem pelo Programa de Pós-graduação de Enfermagem (Mestrado Acadêmico)**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra Silvana Andrea Molina Lima**

**BOTUCATU  
2019**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: IUCIANA PIZZANI-CEB 8/6772

Alves, Maryelle Aparecida.

Cultura de segurança do paciente na perspectiva dos enfermeiros de um hospital terciário do interior do estado de São Paulo / Maryelle Aparecida Alves. - Botucatu, 2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Silvana Andrea Molina Lima

Capes: 40400000

1. Enfermagem. 2. Segurança do paciente. 3. Assistência hospitalar.

Palavras-chave: Enfermagem ; Evento Adverso ; Segurança Paciente.

**COMISSÃO AVALIADORA**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS  
DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu para obtenção do título de Mestre em  
enfermagem pelo Programa de Pós-graduação de Enfermagem (Mestrado Acadêmico)**

**Orientadora: Profa Dra Silvana Andrea Molina Lima**

**Banca Examinadora:**

---

**Profª Drª Silvana Andrea Molina Lima  
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP**

---

**Profª Drª Carmem Casquel Monti Juliani  
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP**

---

**Profº Dr. Armando dos Santos Trettene  
Universidade de São Paulo - USP**

**Botucatu, 13 de Fevereiro de 2019**

## **Dedicatória**

***A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho. Agradeço todo carinho, apoio e compreensão.***

***À minha mãe, por sempre acreditar em meu sonho, por ter me ajudado em todos os momentos de minha vida sem nunca deixar de ser um exemplo de mulher.***

***Ao meu marido por acreditar em mim e alimentar esse sonho, por estar sempre ao meu lado, me apoiando e me incentivando, agradeço por todo amor, carinho, compreensão e respeito.***

***À uma estrelinha que brilha no céu, agradeço pelo breve convívio.***

***Ao meu sobrinho e afilhado por todo o amor, obrigada por fazer parte de nossas vidas e torná-la mais feliz.***

## **Agradecimentos**

***Agradeço a Deus em primeiro lugar, pois hoje mais do que nunca compreendo a existência de uma força maior, força que me ajudou a seguir por este caminho que está por se findar. E sei também que será essa força que me fará seguir em frente por qualquer caminho! A Deus ofereço minha vida e peço sua benção para todos os dias de minha vida e para a nova jornada que se inicia.***

***Agradeço à minha família por terem compartilhado dos meus ideais e os alimentarem, incentivando a prosseguir na jornada, mostrando que meu caminho deveria ser seguido sem medo, fossem quais fossem os obstáculos.***

***Agradeço a todos os colegas de trabalho pela colaboração e pela ajuda para realização desse projeto.***

***Agradeço de coração todos os professores que estiveram conosco nessa jornada, pois ensinar não é apenas transmitir o conteúdo programático e sim ser orientador e amigo, guia e companheiro, é caminhar com o aluno passo a passo, transmitindo os segredos da caminhada. A todos eles dedico meu respeito, meu carinho.***

***A minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Silvana Andreia Molina Lima pela paciência, colaboração e respaldo para o desenvolvimento deste trabalho.***

# EPÍGRAFE

*“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis”.*

*(Jose de Alencar)*

## RESUMO

A cultura de segurança pode ser definida como padrões de comportamento de indivíduos e/ou grupos, baseando-se em valores e atitudes, e que podem determinar a maneira como exercerão seu trabalho. Uma cultura de segurança positiva estabelece uma boa comunicação institucional e um compartilhamento eficaz da percepção sobre a importância da segurança e da confiança nas medidas preventivas adotadas. O presente trabalho teve como objetivo analisar a cultura de segurança do paciente sob a perspectiva dos enfermeiros de um hospital terciário do interior do estado de São Paulo. Trata-se de estudo quantitativo, transversal e descritivo. Foi aplicado o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), validado e traduzido para o português pela ENSP – Fiocruz. A coleta dos dados foi realizada no período de agosto de 2017 a fevereiro de 2018. Após análise dos dados, verificou-se que a população é predominantemente do sexo feminino, e com idade média de  $34,19 \pm 6,29$  anos. A maioria dos enfermeiros tem carga horária de trabalho entre 40 a 59 horas, um tempo de trabalho no hospital e na unidade menor de 5 anos. Em relação as dimensões do questionário sobre a cultura de segurança do paciente, foram avaliadas no geral, de forma positiva. Apenas a dimensão “Quadro de Funcionários” e “Percepção geral de segurança do paciente” foi avaliada de maneira negativa. A instituição possui uma cultura de segurança, uma vez que os profissionais enfermeiros realizam as notificações de ocorrências de eventos adversos e em menor proporção o quase erro e o incidente sem danos. A implementação, avaliação de melhorias, investimentos em abordagem sistêmica de erros e adequação profissional podem fortalecer a segurança na instituição. Conclui-se que novas estratégias devem ser adotadas para melhorar a cultura de segurança do paciente na instituição, que podem ser por meio de treinamentos, divulgação das atividades e relatórios de indicadores de segurança do paciente aos profissionais de saúde, entre outras ações.

**Descritores: Segurança do Paciente, Enfermagem, Evento Adverso.**

## ABSTRACT

Safety culture can be defined as a behavioral pattern of individuals and groups, based on their values and attitudes, and that determine the way in which they carry out their work. A safety culture is positive in relation to safety and an effective control of safety in safety and security in the preventive measures adopted. The present study had the objective of analyzing the patient 's culture from the perspective of the nurses of a tertiary hospital in the interior of the state of. This is a quantitative, cross-sectional study. The instrument Hospital Research on Patient Safety Culture, validated and translated into Portuguese by National public health school - Fiocruz, was applied. Data collection was performed from August 2017 to February 2018. After data analysis, the population was predominantly female, with a daily average of  $34.19 \pm 6.29$  years. Most professionals have a working time between 40 and 59 hours. Regarding the dimensions of the filter on the safety culture of the patient, they were evaluated in general, in a positive way. Only one "Employee Scale" and "General Perception of Patient Safety" dimension was evaluated negatively. The institution has a safety culture, since nursing professionals perform events of adverse events such as the existence of an error and the incident without harm. The implementation, evaluation of results, investments in the systematic of errors and professional suitability can strengthen the security in the institution. It is concluded that new technologies should be adopted to improve patient safety at the institution, which can be promoted by coaches, dissemination of activities and patient safety reports for health professionals, among other actions.

**Key-words: Patient Safety, Nurse, Adverse Events.**

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> Características dos participantes na sua área/unidade do hospital .....	<b>26</b>
<b>TABELA 2</b> Dimensão do questionário relacionadas ao trabalho em equipe .....	<b>28</b>
<b>TABELA 3</b> Dimensão do questionário relacionadas ao quadro funcionários .....	<b>29</b>
<b>TABELA 4</b> Dimensão do questionário relacionadas a aprendizagem organizacional/melhoria continuada .....	<b>30</b>
<b>TABELA 5</b> Dimensão do questionário relacionadas as respostas não punitivas ao erro.....	<b>31</b>
<b>TABELA 6</b> Dimensão do questionário relacionadas percepção geral sobre segurança do paciente.....	<b>32</b>
<b>TABELA 7</b> Dimensão do questionário relacionada ao feedback e comunicação sobre erros.....	<b>33</b>
<b>TABELA 8</b> Dimensão do questionário relacionada a abertura para comunicação.....	<b>34</b>
<b>TABELA 9</b> Dimensão do questionário relacionada a frequência de eventos notificados.....	<b>35</b>
<b>TABELA 10</b> Dimensão do questionário relacionada ao apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente.....	<b>36</b>
<b>TABELA 11</b> Dimensão do questionário relacionadas ao trabalho em equipe entre as unidades.....	<b>37</b>
<b>TABELA 12</b> Dimensão do questionário relacionada a passagem de plantão/transferência interna entre as unidades.....	<b>38</b>

## **LISTA DE FIGURAS**

<b>FIGURA 1.</b> Distribuição dos participantes de acordo com sua principal área/unidade de trabalho no hospital .....	<b>27</b>
<b>FIGURA 2.</b> Número de notificações realizadas nos últimos 12 meses .....	<b>39</b>
<b>FIGURA 3.</b> Percentual de respostas positivas, neutras e negativas das dimensões da cultura de segurança.....	<b>40</b>

## LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

<b>EA</b>	Evento Adverso
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>PNSP</b>	Programa Nacional de Segurança do Paciente
<b>DRS VI</b>	Departamento Regional de Saúde VI
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de estabelecimento de Saúde
<b>NSP</b>	Núcleo de Segurança do Paciente
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva
<b>MIP</b>	Moléstias Infecciosas e Parasitárias
<b>HSOPSC</b>	Hospital Survey on Patient Safety Culture
<b>ENSP FIOCRUZ</b>	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
<b>AHRQ</b>	Agency for Healthcare Research and Quality
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e esclarecido
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>MV</b>	Sistema Informatizado de Controle de Pacientes
<b>CISP</b>	Classificação Internacional de Segurança do paciente

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2. OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>19</b>
2.1 Objetivos Específicos .....	19
<b>3. MÉTODO .....</b>	<b>20</b>
3.1 Tipo de Pesquisa .....	20
3.2 Campo do Estudo .....	20
3.3 Delimitação do Campo do Estudo .....	21
3.4 Aspectos Éticos .....	21
3.5 Participantes .....	21
3.6 Coleta de Dados .....	21
3.7 Análise Estatística.....	24
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>25</b>
4.1 Características Sócio-demográficas dos Participantes .....	25
4.2 Distribuição das Dimensões e os resultados obtidos na aplicação do instrumento HSOPSC .....	26
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>41</b>
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>51</b>
<b>7. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>52</b>
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>60</b>
<b>8.1 ANEXO 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>60</b>
<b>8.2 ANEXO 2: Questionário sobre a Segurança dos Pacientes em Hospitais.....</b>	<b>61</b>
<b>8.3 ANEXO 3: Parecer Substanciado Comissão Ética e Pesquisa .....</b>	<b>66</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos nas áreas clínicas, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a rápida propagação da informação em saúde ocasionaram mudanças importantes no cenário moderno e competitivo dos sistemas de cuidados de saúde (REIS *et al.*, 2013).

Há muitos anos, estudos têm sido divulgados sobre a segurança do paciente. Em 1850, o médico húngaro Ignaz Semmelweiss estabelece a ligação entre a transmissão de infecção e a higiene das mãos; e, em 1854, Florence Nightingale a partir da observação contínua percebeu os riscos para o paciente com má higiene em hospitais (MENDES *et al.*, 2008).

A publicação *To Err is Human* do Institute of Medicine pode ser considerada a precursora do tema segurança do paciente já que provocou uma mudança de comportamento dos profissionais da área médica, do público em geral, de organizações norte-americanas e em alguns outros países (REIS *et al.*, 2013).

A ocorrência dos eventos adversos (EA) envolve custos importantes, que podem ser sociais e econômicos, ocasionando danos irreversíveis aos pacientes e seus familiares. Em 1999, os custos totais anuais com EA evitáveis nos EUA foram estimados entre US\$ 17 bilhões e US\$ 29 bilhões (REIS *et al.*, 2013).

Estimou-se também a ocorrência de EA no Reino Unido e na Inglaterra do Norte totalizando aproximadamente 2 milhões de libras ao ano (MENDES *et al.*, 2005).

No Brasil, a estimativa de ocorrência de EA é de 4 a 16% nos pacientes hospitalizados, sendo que a maioria deles decorrentes a cuidados e procedimentos cirúrgicos (MOURA; MENDES, 2012).

Estudo realizado em hospitais do Rio de Janeiro e de São Paulo constatou uma incidência de EA estimada em 7,6%, sendo que do total 67% foram considerados evitáveis. Os eventos mais frequentes foram relacionados a procedimentos cirúrgicos, seguidos por procedimentos clínicos. Os autores relatam que o fato da proporção de EA no Brasil ser maior, isto pode indicar que seja um problema mais frequente em países em desenvolvimento quando comparados aos países desenvolvidos (MENDES *et al.*, 2009).

Alguns fatores como idade avançada, morbidades, realização de procedimentos invasivos, uso de diversos fármacos e o tempo de internação prolongado em hospitais são

fatores que aumentam o risco de ocorrência de EA relacionados ao cuidado (ROQUE; TONINI; MELO 2016).

A alta incidência de EA em hospitais tem preocupado estudiosos em saúde. A discussão da qualidade do cuidado está mundialmente voltada para a questão da ocorrência de EA e a segurança do paciente (MENDES, *et al.*, 2008)

A partir da década de 2000, a segurança do paciente passa então a ser reconhecida internacionalmente como uma dimensão na qualidade da saúde (REIS *et al.*, 2013).

Diante da complexidade do problema da segurança do paciente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu em 2004 a World Alliance for Patient Safety (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente). Essa iniciativa teve o propósito de definir e identificar prioridades na área da segurança do paciente, em nível mundial, contribuindo para a pesquisa de campo (WHO, 2009).

Mediante ao cenário assustador relacionado à segurança do paciente, diversos países desenvolveram ações para assegurar práticas mais seguras e eficazes. Foram criadas agências especializadas para estudos e definição das estratégias: *National Patient Safety*, no Reino Unido; *Australian Patient Safety Agency*, na Austrália; *Danish Society for Patient Safety*, na Dinamarca; e a *Agency for Healthcare Research and Quality*, nos EUA (SOUSA, 2006).

De acordo com a classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP), os incidentes são considerados eventos ou circunstâncias que poderiam resultar ou resultam em dano desnecessário ao paciente. São subdivididos em 4 tipos de incidentes: Circunstância de Risco (reportable circumstance) – situação em que houve potencial significativo de dano, mas não ocorreu o incidente; Quase Erro (Near Miss) – incidente que não atingiu o paciente; Incidente sem Dano (no harm incident) – evento que ocorreu, mas não chegou a resultar em dano; e o Incidente com Dano ou Evento Adverso (harmful incident) – incidente que resulta em dano para o paciente (danos não intencionais decorrentes da assistência e não relacionadas à evolução natural da doença) podendo ser subdividido em dano leve, dano moderado, dano grave e dano óbito (LIMA *et al.*, 2013).

Com objetivo de promover melhorias na segurança do paciente e na qualidade da assistência prestada, a OMS em parceria com “The Joint Commission International”, dos Estados Unidos, publicou metas internacionais para segurança como: “identificar corretamente o paciente, melhorar a comunicação entre os profissionais da assistência,

melhorar a segurança de medicações, assegurar cirurgias seguras, procedimentos e pacientes corretos, reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados em saúde e reduzir os riscos de lesões decorrentes aos cuidados” (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008).

A qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde é cada vez mais uma exigência da sociedade. No Brasil, essa preocupação com a segurança do paciente constitui um tema atual e de forte visibilidade. O país faz parte da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, criada pela OMS em 2004, estando politicamente comprometido com seus propósitos. O objetivo desta aliança é a adoção de medidas de melhoria no atendimento ao paciente e aumentar a qualidade dos serviços de saúde (ANVISA, 2011).

Neste contexto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é o órgão responsável pelo recebimento das notificações de eventos adversos por meio do NOTIVISA e monitoramento das instituições quanto a adoção de medidas preventivas e corretivas para melhorar a qualidade dos serviços de saúde (ANVISA, 2011).

O Ministério da Saúde (MS) instituiu, por meio da Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2013). Nesse mesmo ano, foi publicada a Resolução – RDC nº36, de 25 de julho de 2013, com objetivo de instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde (ANVISA, 2011).

Nesse sentido ocorre a ampliação de esforços que visa à melhoria da comunicação e da transparência de informações. Com o PNSP e a RDC n. 36, o Ministério da Saúde tem estimulado a participação ativa de profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes na busca de informações sobre procedimentos realizados que tenham causado danos à saúde durante a internação e/ou atendimento (MINISTÉRIO SAÚDE, 2013).

Após quinze anos do “To Err is Human” (Errar é humano) foi publicado o “ To err is human: Building a Safer Health System” (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), que trata de um relatório que destaca o avanço ocorrido na área, entretanto, a progressão aconteceu de forma lenta, o que ainda faz com que o sistema de saúde ainda seja considerado de baixo grau de credibilidade. Para isso, devem ser considerados os seguintes aspectos: diminuição do número de eventos adversos, otimização na comunicação entre a equipe profissional envolvida com o cuidado do paciente, garantia de indenização aos pacientes que sofreram com erros médicos e redução da responsabilidade do profissional quanto ao erro (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015).

A cultura de segurança pode ser definida como padrão de comportamento de indivíduos e/ou grupos, baseando-se em seus valores e atitudes, e que podem determinar a maneira como exercerão seu trabalho. Uma cultura de segurança positiva estabelece uma boa comunicação institucional e um compartilhamento eficaz da percepção sobre a importância da segurança e pela confiança nas medidas preventivas adotadas (VINCENT, 2009).

A cultura de segurança é um componente que favorece a adoção de práticas seguras e redução de incidentes de segurança, sendo um termo utilizado inicialmente pela *International Nuclear Safety Advisory Group* e, no âmbito da saúde, sendo definido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (ANDRADE *et al.*, 2018).

É necessário enfatizar que a cultura de segurança deve refletir o comprometimento dos profissionais da instituição com a promoção contínua de um ambiente terapêutico seguro, influenciando comportamentos e resultados tanto para os pacientes como para os profissionais de saúde. Também deve ser caracterizada por um trabalho em equipe e comunicação aberta, sendo que o aprendizado é contínuo e a notificação de eventos adversos deve ser prioridade em todos os níveis de assistência e para todos os membros da instituição (REIS *et al.*, 2013).

Para a obtenção da segurança do paciente, a cultura de segurança deve ser estruturada nas instituições, estabelecendo um processo de comunicação adequado, confiabilidade, aprendizado organizacional, comprometimento coletivo em relação aos aspectos de segurança, sua importância e abordagem não punitiva ao erro (MACEDO *et al.*, 2016).

Uma instituição com uma cultura de segurança efetiva comporta-se de maneira a atender justamente seus profissionais quando os incidentes ocorrem, motivando-os a relatar os erros e não procurando culpados, estabelecendo as falhas ao processo de trabalho que, em muitas vezes, é deficiente (VINCENT, 2009).

A avaliação da cultura de segurança pode ser realizada mediante a aplicação de questionários aos trabalhadores sobre suas ações e percepções acerca da segurança do paciente. No presente estudo, para avaliar a cultura de segurança do paciente utilizou-se do instrumento Hospital Survey Safety Culture (HSOPSC) (MACEDO *et al.*, 2016).

Para melhorar essa cultura, é necessário utilizar métodos de monitoramento das áreas com problemas subjacentes, implementar planos de ações e soluções e iniciar mudanças (ANDRADE *et al.*, 2018).

Mediante o exposto, torna-se necessário conhecimento das dimensões culturais sob a perspectiva dos enfermeiros bem como análise da cultura de segurança de uma instituição, justificando o presente estudo.

## **2. OBJETIVO GERAL**

Conhecer a cultura de segurança do paciente sob a perspectiva do enfermeiro atuante em um hospital terciário no interior do estado de São Paulo.

### **2.1 Objetivos Específicos**

Analisar as dimensões culturais relacionadas à cultura de segurança institucional sob a perspectiva do profissional enfermeiro.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1 Tipo de Pesquisa**

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

#### **3.2 Campo do Estudo**

A presente pesquisa foi desenvolvida em um hospital público, de nível terciário do interior do estado de São Paulo. O Hospital está inserido no Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI), que compreende 68 municípios, abrangendo, aproximadamente, 1,8 milhões de habitantes. É um hospital com atendimento qualificado em várias especialidades tais como neurologia, cardiologia, vascular, nefrologia, hematologia, gastroenterologia, clínica médica, entre outras especialidades. O hospital possui 500 leitos registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e possui 180 enfermeiros em seu total, sendo que desses, 110 enfermeiros são atuantes nas unidades de internação.

A instituição possui um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que foi oficializado em 2014, sendo composto por equipe multidisciplinar. Atua diretamente com o Hospital Sentinela, que teve início das atividades de gerenciamento de risco sanitário hospitalar no ano de 2001.

O NSP tem como objetivo a melhoria contínua dos processos de cuidados e do uso de tecnologias a saúde, além de atuar na identificação, monitoramento, análise, notificação e prevenção dos riscos relacionados a ocorrência de EA (incidentes que resultam em danos à saúde, ou seja, comprometimento da estrutura ou função do corpo), garantindo a assistência segura e de qualidade ao paciente.

Os membros do NSP se reúnem mensalmente para analisar as ocorrências, realizar notificações de EA à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e propor medidas para a redução de sua ocorrência.

Os EA podem ser notificados por todos os profissionais de saúde por meio do formulário, que está disponível na página do Sistema MV (sistema informatizado). Atualmente a maioria das notificações são preenchidas por enfermeiros. São recebidas e analisadas aproximadamente de 1700 notificações anuais.

### **3.3 Delimitação do Campo de Estudo**

O instrumento foi aplicado aos enfermeiros supervisores e assistenciais das Unidades de Internação, ou seja, onde o paciente tem uma permanência maior de 48 horas. Foram incluídas as enfermarias de Clínica Médica I e II, Neurologia, MIP (moléstias infecciosas e parasitárias), Dermatologia, Psiquiatria, Gastrocirurgia, Ginecologia, Vascular, Ortopedia / Cirurgia Plástica, Urologia, Convênios, Córdio/ Tórax, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Obstetrícia e Maternidade, Centro Cirúrgico, UTI Adulto, UTI Pediátrica, UTI Neonatal e UTI Coronariana.

### **3.4 Aspectos Éticos**

Os procedimentos de pesquisa seguiram todas as normas éticas, conforme Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, sob parecer: 2.154.165, em 04/07/2017, e CAAE: 70.198.117.0.0000.5411.

### **3.5 Participantes**

Foram convidados para participar da pesquisa todos os enfermeiros das unidades de internação (n=110). Deste total, foram recuperados 98 questionários, o que corresponde 89,09% do total dos enfermeiros das unidades de internação. O tamanho da amostra do estudo foi de 98 enfermeiros participantes.

O critério de inclusão foi ser enfermeiro que desenvolva suas atividades laborais nas unidades de internação.

Foram excluídos os enfermeiros que estavam de férias, licença médica, licença prêmio e licença maternidade.

### **3.6 Coleta dos Dados**

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2017 a fevereiro de 2018.

Foi aplicado o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (ANEXO 2), devidamente validado e traduzido para o português pela ENSP - Fiocruz. Esse questionário foi criado, nos EUA, em 2004, pela Agency for Healthcare Research and Quality

(AHRQ). Ele permite avaliar diversas dimensões da cultura de segurança do paciente a partir da opinião de seus participantes sobre pontos-chaves relacionados aos valores, crenças, normas de organização, notificação de ocorrência de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão (ANDRADE *et al.*, 2017).

O questionário foi distribuído pela própria pesquisadora, em um envelope fechado, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 1). O TCLE foi entregue em duas vias, uma ficou de posse do participante e a outra da pesquisadora. O convite foi feito pessoalmente para cada participante, explicando sobre o objetivo da pesquisa. O questionário foi deixado para que o participante pudesse responder no prazo de 7 dias e a pesquisadora voltou para recuperar o questionário preenchido.

O HSOPSC possibilita avaliar a cultura de segurança do paciente sob a perspectiva dos profissionais, a partir de 42 itens, categorizados em dimensões. O instrumento para coleta de dados constitui-se em duas partes, a primeira com variáveis sócio-demográficas e a segunda composta por itens que abrangem dimensões de cultura de segurança, frequência de relatórios de eventos, grau de segurança entre outros. Este questionário permite também ao participante estabelecer uma nota para a segurança do paciente em sua instituição (SILVA; BATALHA 2015).

Para análise das respostas, foram seguidas as orientações da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), agrupando as respostas obtidas em três categorias:

- a) respostas positivas: concordo totalmente, concordo, sempre, quase sempre;
- b) respostas negativas: discordo, discordo totalmente, nunca e raramente;
- c) resposta neutra: não concordo, nem discordo.

As definições e divisões das dimensões mensuráveis pelo HSOPSC descritas a seguir também foram agrupadas, seguindo as orientações e definições da AHRQ:

**Trabalho em equipe:** determina se os colaboradores apoiam uns aos outros, tratam com respeito uns aos outros e desenvolvem atividades juntos como equipe;

**Quadro de funcionários:** avalia se os colaboradores são capazes de saber lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho realizadas são apropriadas para oferecimento da melhor assistência aos pacientes;

Aprendizado organizacional/melhoria contínua: possibilita a avaliação da existência do aprendizado por meio de erros que geram mudanças positivas e avalia a efetividade dessas mudanças;

Respostas não punitivas ao erro: este quesito avalia como os colaboradores se sentem em relação aos seus erros, se eles pensam que os erros deles podem ser mantidos em suas fichas funcionais e utilizados de forma punitiva.

Percepção geral sobre segurança do paciente: possibilita a avaliação dos sistemas e procedimentos existentes na instituição de saúde para evitar a ocorrência de erros e a ausência de problemas de segurança do paciente nos hospitais;

Feedback e comunicação sobre erro: avalia a percepção dos enfermeiros da instituição se notificam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem adoção de medidas para evitar erros futuros;

Abertura para comunicação: avalia se os enfermeiros da instituição dialogam espontaneamente sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem livres para questionar os outros colaboradores com maior autoridade;

Frequência de eventos notificados: este quesito está relacionado ao relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetassem o paciente;

Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente: este quesito avalia se a administração e gestão da instituição proporcionam um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é prioridade;

Trabalho em equipe entre as unidades: avalia se os setores da instituição cooperam e coordenam-se entre si a fim de promover um cuidado de alta qualidade para os pacientes;

Passagem de plantão/transferência interna entre as unidades: este quesito avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes é transferida por meio das unidades da instituição e durante as mudanças de plantão ou de turno.

Ainda, seguindo as orientações AHQH, para ser considerado como dimensão de força para a segurança do paciente deve-se obter um percentual acima de 75% de respostas positivas.

Após aplicação do instrumento HSOPSC, os dados foram tabulados em planilha de Excel® para posterior análise estatística.

Foram agrupados os itens correspondentes a cada dimensão da cultura de segurança do paciente, sendo estabelecidas as médias percentuais de respostas positivas, neutras e negativas de cada uma das dimensões segundo HSOPSC.

### **3.7 Análise Estatística**

Foi realizada uma análise estatística descritiva dos dados com frequências absolutas e relativas para variáveis relacionadas aos domínios e média, mediana, desvio padrão, valores de mínimo e de máximo para as variáveis sociodemográficas

O programa utilizado para realizar as análises foi o programa SAS®, for Windows, versão 9.3.

## **4. RESULTADOS**

### **4.1 Características Sociodemográficas dos Participantes**

As características da população do estudo estão apresentadas na Tabela 1. Observou-se que o sexo feminino predominou (91,84%) e a idade dos participantes variou de 23 anos a 53 anos, sendo a idade média de 34,19 anos.

Quanto ao grau de instrução dos participantes, dos 98 respondentes, 80,61% possuem Pós-Graduação nível *Latu Sensu* enquanto 19,39% Pós-Graduação nível *Stricto Sensu*.

Com relação a carga horária de trabalho semanal, observou-se um predomínio de 40 a 59 horas semanais (77,55%), seguida de 20 a 39 horas semanais (13,27%) e 60 a 79 horas semanais (9,18%). A maior parte dos participantes indicaram ter contato direto com os pacientes (95,92%).

Quanto ao tempo de trabalho no hospital, observou-se um predomínio de 1 a 5 anos (41,84%), seguido de 6 a 10 anos (20,41%), menos de 1 ano (16,33%), 11 a 15 anos (13,27%), 16 a 20 anos (6,12%) e 21 anos ou mais (2,03%). Em relação ao tempo de trabalho na sua área/unidade do hospital, observou-se um predomínio de 1 a 5 anos (60,20%), seguida de menos de 1 ano (22,45%), de 6 a 10 anos (10,20%), 11 a 15 anos (5,10%) e 16 a 20 anos (2,05%).

Tabela 1 – Características dos participantes, n=98. Botucatu, SP, Brasil, 2018.

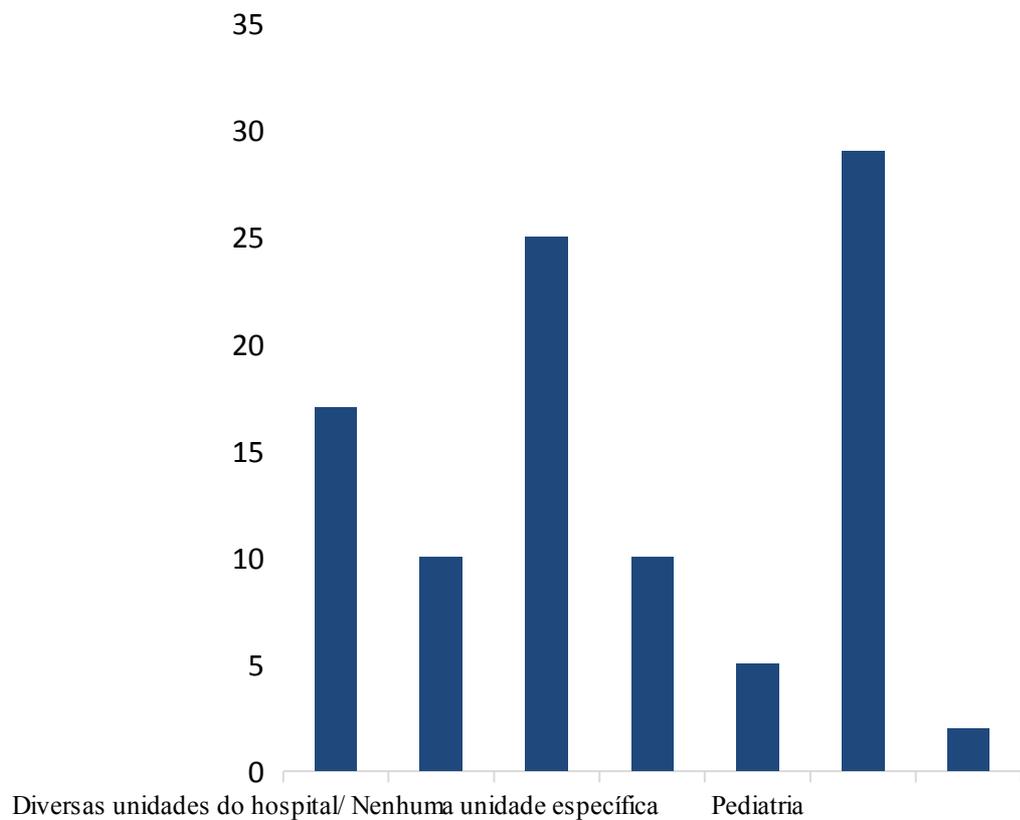
<b>Categoria</b>	<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sexo	Feminino	90	91,84%
	Masculino	8	8,16%
Idade	Mínima	Máxima	Média
	23 anos	53 anos	34,19 anos
Grau de instrução	Nível Latu Sensu	79	80,61%
	Nível Stricto Sensu	19	19,39%
Carga horária de trabalho Semanal	20 a 39 horas	13	13,27%
	40 a 59 horas	76	77,55%
	60 a 79 horas	9	9,18%
Status Contato com Paciente	Direto	94	95,92%
	Indireto	4	4,08%
Tempo de trabalho no hospital	Menos de 1 ano	16	16,33%
	1 a 5 anos	41	41,84%
	6 a 10 anos	20	20,41%
	11 a 15 anos	13	13,27%
	16 a 20 anos	16	6,12%
	21 anos ou mais	2	2,03%
Tempo de trabalho na sua área/unidade do hospital	Menos de 1 ano	22	22,45%
	1 a 5 anos	59	60,20%
	6 a 10 anos	10	10,20%
	11 a 15 anos	5	5,10%
	16 a 20 anos	2	2,05%
	21 anos ou mais	0	0%

#### 4.2 Distribuição das dimensões e os resultados obtidos da aplicação do instrumento HSOPSC

No figura 1, observa-se que, em relação a principal área/unidade de trabalho dos participantes no hospital, 29,59% dos participantes da pesquisa atuam nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI adulto, UTI pediátrica, UTI coronariana e UTI neonatal), seguidos dos participantes que trabalham na área cirúrgica (25,51%), diversas unidades de internação do hospital/nenhuma unidade específica (17,36%), unidades clínicas (10,20%), unidades de

obstetrícia/maternidade (10,20%), unidades de pediatria (5,10%) e unidades de psiquiatria/saúde mental (2,04%).

Figura 1 – Distribuição dos participantes, de acordo com sua principal área/unidade de trabalho no hospital (n=98). Botucatu, SP, Brasil, 2018.



Na dimensão do questionário relacionado ao trabalho em equipe (Tabela 2), observou-se através do valor médio das respostas, um predomínio de respostas positivas (51,08%), seguidas das respostas neutras (28,5%) e respostas negativas (19,7%).

Tabela 2 – Dimensão do questionário relacionadas ao Trabalho em Equipe (n=98).  
Botucatu, SP, Brasil, 2018.

<b>Trabalho em equipe</b>	<b>Respostas Negativas* n / %</b>	<b>Respostas Neutras*** n / %</b>	<b>Respostas Positivas** n / %</b>
Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras	20 / 20,41%	36 / 36,73%	42 / 42,86%
Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	10 / 10,20%	26 / 26,53%	62 / 63,27%
Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	16 / 16,33%	29 / 29,59%	53 / 54,08%
Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam	31 / 31,63%	21 / 21,43%	46 / 46,94%
<b>Valor médio das respostas:</b>	19,7%	28,5%	51,8%

\*Respostas Negativas: discordo, discordo totalmente, nunca e raramente; \*\*Respostas Positivas: concordo, concordo totalmente, sempre e quase sempre; \*\*\*Resposta Neutra: não concordo nem discordo

Na dimensão do questionário relacionado ao quadro de funcionários (Tabela 3), observou-se através do valor médio das respostas, 41,4% negativas, 40,3% positivas e 18,3% neutras.

Tabela 3 – Dimensão do questionário relacionadas ao Quadro de funcionários (n=98).  
Botucatu, SP, Brasil, 2018.

<b>Quadro de funcionários</b>	<b>Respostas Negativas*</b> n / %	<b>Respostas Neutras***</b> n / %	<b>Respostas Positivas **</b> n / %
Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	86 / 87,76%	9 / 9,18%	3 / 3,06%
Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	13 / 13,27%	19 / 19,39%	66 / 67,35%
Utilizamos profissionais temporários /terceirizados mais do que seria desejável para o cuidado do paciente	51 / 52,04%	26 / 26,53%	21 / 21,43%
<b>Valor médio das respostas:</b>	41,4%	18,3%	40,3%

\*Respostas Negativas: discordo, discordo totalmente, nunca e raramente; \*\*Respostas Positivas: concordo, concordo totalmente, sempre e quase sempre; \*\*\*Resposta Neutra: não concordo nem discordo

Na dimensão do questionário relacionada a aprendizagem organizacional/melhoria continuada (Tabela 4), observou-se através do valor médio das respostas, um predomínio de respostas positivas (56,8%), seguidas das respostas neutras (27,9%) e respostas negativas (15,3%).

Tabela 4 – Dimensão do questionário relacionada a aprendizagem organizacional/melhoria continuada (n=98). Botucatu, SP, Brasil, 2018.

<b>Aprendizagem organizacional/melhoria continuada</b>	<b>Respostas Negativas* n / %</b>	<b>Respostas Neutras*** n / %</b>	<b>Respostas Positivas** n / %</b>
Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	5 / 5,10%	29 / 29,59%	64 / 65,31%
Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	19 / 19,39%	28 / 28,57%	51 / 52,04%
Erros tem levado a mudanças positivas por aqui	21 / 21,43%	25 / 25,51%	52 / 53,06%
<b>Valor médio das respostas:</b>	15,3%	27,9%	56,8%

\*Respostas Negativas: discordo, discordo totalmente, nunca e raramente; \*\*Respostas Positivas: concordo, concordo totalmente, sempre e quase sempre; \*\*\*Resposta Neutra: não concordo nem discordo

Na dimensão do questionário relacionada as respostas não punitivas ao erro (Tabela 5), observou-se através do valor médio das respostas, um predomínio de respostas positivas (63,6%), seguidas das respostas negativas (19,7%) e respostas neutras (16,7%).

Tabela 5 – Dimensão do questionário relacionadas as respostas não punitivas ao erro (n=98). Botucatu, SP, Brasil, 2018.

<b>Respostas não punitivas ao erro</b>	<b>Respostas Negativas* n / %</b>	<b>Respostas Neutras*** n / %</b>	<b>Respostas Positivas ** n / %</b>
Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	11 / 11,22%	18 / 18,37%	69 / 70,41%
Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	33 / 33,67%	17 / 17,35%	48 / 48,98%
Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	14 / 14,29%	14 / 14,29%	70 / 71,43%
<b>Valor médio das respostas:</b>	19,7%	16,7%	63,6%

\*Respostas Negativas: discordo, discordo totalmente, nunca e raramente; \*\*Respostas Positivas: concordo, concordo totalmente, sempre e quase sempre; \*\*\*Resposta Neutra: não concordo nem discordo

Na dimensão do questionário relacionada a percepção geral de segurança do paciente (Tabela 6), observou-se através do valor médio das respostas, 39,8% negativas, 31,2% positivas e 29,0% neutras.

Tabela 6 – Dimensão do questionário relacionada a percepção geral de segurança do paciente (n=98). Botucatu, SP, Brasil, 2018.

<b>Percepção geral sobre segurança do paciente</b>	<b>Respostas Negativas* n / %</b>	<b>Respostas Neutras*** n / %</b>	<b>Respostas Positivas** n / %</b>
É apenas por acaso que erros mais graves acontecem por aqui	47 / 47,96%	34 / 34,69%	17 / 17,35%
Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	35 / 35,71%	41 / 41,84%	22 / 22,45%
A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	59 / 60,20%	20 / 20,41%	19 / 19,39%
Nesta unidade, temos problemas de segurança do paciente	15 / 15,31%	19 / 19,39%	64 / 65,31%
<b>Valor médio das respostas:</b>	39,8%	29%	31,2%

\*Respostas Negativas: discordo, discordo totalmente, nunca e raramente; \*\*Respostas Positivas: concordo, concordo totalmente, sempre e quase sempre; \*\*\*Resposta Neutra: não concordo nem discordo

Na dimensão do questionário relacionada a feedback e comunicação sobre erros (Tabela 7), observou-se através do valor médio das respostas, um predomínio de respostas positivas (53,7%), seguidas das respostas neutras (30,6%) e respostas negativas (15,7%).

Tabela 7 – Dimensão do questionário relacionada a feedback e comunicação sobre erros (n=98). Botucatu, SP, Brasil, 2018.

<b>Feedback e comunicação sobre erros</b>	<b>Respostas Negativas* n / %</b>	<b>Respostas Neutras*** n / %</b>	<b>Respostas Positivas** n / %</b>
Nós recebemos informações sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	21 / 21,43%	45 / 45,92%	32 / 32,65%
Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	10 / 10,20%	26 / 26,53%	62 / 62,27%
Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	15 / 15,31%	19 / 19,39%	64 / 65,31%
<b>Valor médio das respostas:</b>	15,7%	30,6%	53,7%

\*Respostas Negativas: discordo, discordo totalmente, nunca e raramente; \*\*Respostas Positivas: concordo, concordo totalmente, sempre e quase sempre; \*\*\*Resposta Neutra: não concordo nem discordo

Na dimensão do questionário relacionada abertura para a comunicação (Tabela 8), observou-se através do valor médio das respostas, 40,7% positivas (40,7%), 27,5% neutras e 22,8% negativas

Tabela 8 – Dimensão do questionário relacionada a abertura para comunicação (n=98).  
Botucatu, SP, Brasil, 2018.

<b>Abertura para a comunicação</b>	<b>Respostas Negativas*</b> n / %	<b>Respostas Neutras***</b> n / %	<b>Respostas Positivas**</b> n / %
Os profissionais tem liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	5 / 5,10%	20 / 20,41%	73 / 74,49%
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	15 / 15,31%	24 / 24,49%	59 / 60,20%
Os profissionais tem receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	47 / 47,96%	37 / 37,76%	14 / 14,29%
<b>Valor médio das respostas:</b>	22,8%	27,5%	49,7%

\*Respostas Negativas: discordo, discordo totalmente, nunca e raramente; \*\*Respostas Positivas: concordo, concordo totalmente, sempre e quase sempre; \*\*\*Resposta Neutra: não concordo nem discordo

Na dimensão do questionário relacionada a frequência de eventos notificados (Tabela 9), observou-se através do valor médio das respostas, um predomínio de respostas positivas (51,0%), seguidas das respostas neutras (25,2%) e respostas negativas (23,8%).

Tabela 9 – Dimensão do questionário relacionada a frequência de eventos notificados (n=98). Botucatu, SP, Brasil, 2018.

<b>Frequência de eventos notificados</b>	<b>Respostas Negativas* n / %</b>	<b>Respostas Neutras*** n / %</b>	<b>Respostas Positivas** n / %</b>
Quando ocorre um erro, mas ele é <b>percebido e corrigido antes de afetar o paciente</b> , com que frequência ele é notificado?	30 / 30,61%	22 / 22,45%	46 / 46,94%
Quando ocorre um erro, mas <b>não há risco de dano ao paciente</b> , com que frequência ele é notificado?	28 / 28,57%	27 / 27,55%	43 / 43,88%
Quando ocorre um erro, que <b>poderia causar danos ao paciente</b> , mas não causa, com que frequência ele é notificado?	12 / 12,24%	25 / 25,51%	61 / 62,24%
<b>Valor médio das respostas:</b>	23,8%	25,2%	51%

\*Respostas Negativas: discordo, discordo totalmente, nunca e raramente; \*\*Respostas Positivas: concordo, concordo totalmente, sempre e quase sempre; \*\*\*Resposta Neutra: não concordo nem discordo

Na dimensão do questionário relacionada ao apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente (Tabela 10), observou-se através do valor médio das respostas 42,5% positivas, 33,7% neutras e 23,8% negativas.

Tabela 10 – Dimensão do questionário relacionada ao apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente (n=98). Botucatu, SP, Brasil, 2018.

<b>Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente</b>	<b>Respostas Negativas* n / %</b>	<b>Respostas Neutras*** n / %</b>	<b>Respostas Positivas** n / %</b>
A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	21 / 21,43%	35 / 35,71%	42 / 42,86%
As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	17 / 17,35%	28 / 28,57%	53 / 54,08%
A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	32 / 32,65%	36 / 36,73%	30 / 30,61%
<b>Valor médio das respostas:</b>	23,8%	33,7%	42,5%

\*Respostas Negativas: discordo, discordo totalmente, nunca e raramente; \*\*Respostas Positivas: concordo, concordo totalmente, sempre e quase sempre; \*\*\*Resposta Neutra: não concordo nem discordo

Na dimensão do questionário relacionada ao trabalho em equipe entre as unidades (Tabela 11), observou-se através do valor médio das respostas 36,7% positivas, 32,5% neutras e 28,1% negativas.

Tabela 11 – Dimensão do questionário relacionada ao trabalho em equipe entre as unidades (n=98). Botucatu, SP, Brasil, 2018.

<b>Trabalho em equipe entre as unidades</b>	<b>Respostas Negativas* n / %</b>	<b>Respostas Neutras*** n / %</b>	<b>Respostas Positivas** n / %</b>
As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	22 / 22,45%	51 / 52,04%	25 / 25,51%
Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	29 / 29,59%	0 / 0%	69 / 70,41%
As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	19 / 19,39%	45 / 45,92%	34 / 34,69%
Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	40 / 40,82%	42 / 42,86%	16 / 16,33%
<b>Valor médio das respostas:</b>	28,1%	35,2%	36,7%

\*Respostas Negativas: discordo, discordo totalmente, nunca e raramente; \*\*Respostas Positivas: concordo, concordo totalmente, sempre e quase sempre; \*\*\*Resposta Neutra: não concordo nem discordo

Na dimensão do questionário relacionada a passagem de plantão e transferência interna entre as unidades (Tabela 12), observou-se através do valor médio de 37,8% respostas positivas (37,8%), 37,2% neutras e 25,0% negativas.

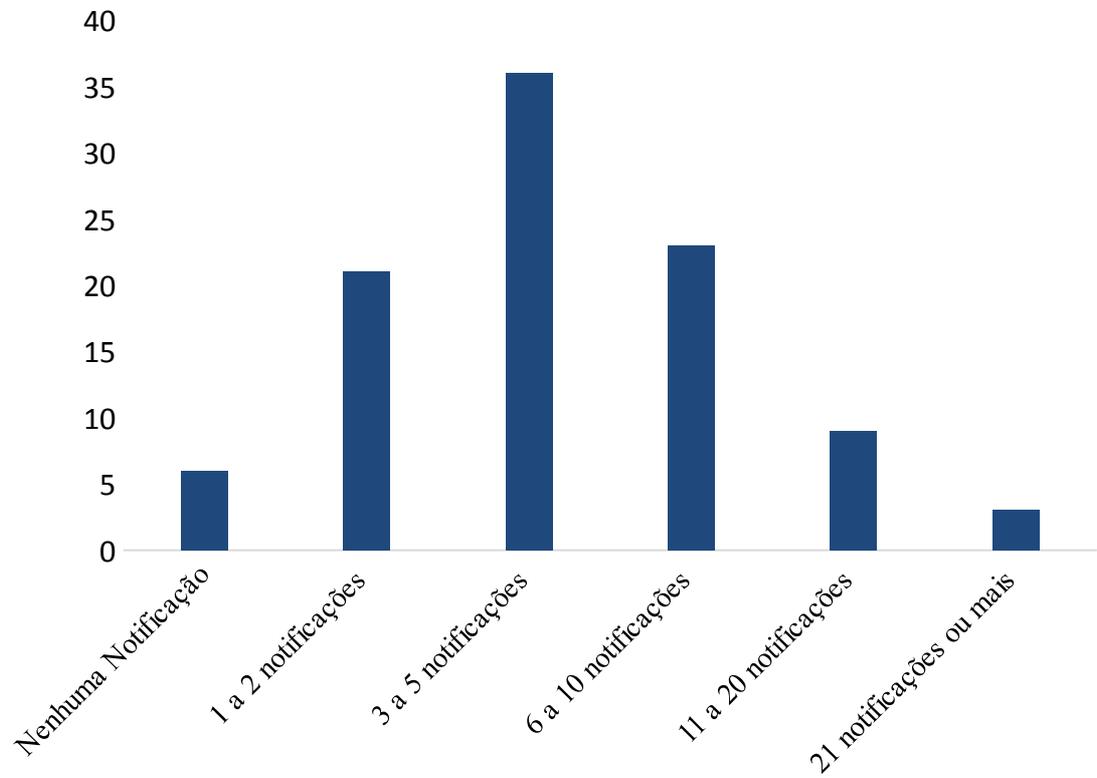
Tabela 12 – Dimensão do questionário relacionada a passagem de plantão e transferência interna entre as unidades (n=98). Botucatu, SP, Brasil, 2018.

<b>Trabalho em equipe entre as unidades</b>	<b>Respostas Negativas* n / %</b>	<b>Respostas Neutras*** n / %</b>	<b>Respostas Positivas** n / %</b>
É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	22 / 22,45%	28 / 28,57%	48 / 48,98%
Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	16 / 16,33%	44 / 44,90%	38 / 38,78%
O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	23 / 23,47%	33 / 33,67%	42 / 42,86%
Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	37 / 37,76%	41 / 41,84%	20 / 20,41%
<b>Valor médio das respostas:</b>	25,0%	37,2%	37,8%

\*Respostas Negativas: discordo, discordo totalmente, nunca e raramente; \*\*Respostas Positivas: concordo, concordo totalmente, sempre e quase sempre; \*\*\*Resposta Neutra: não concordo, nem di

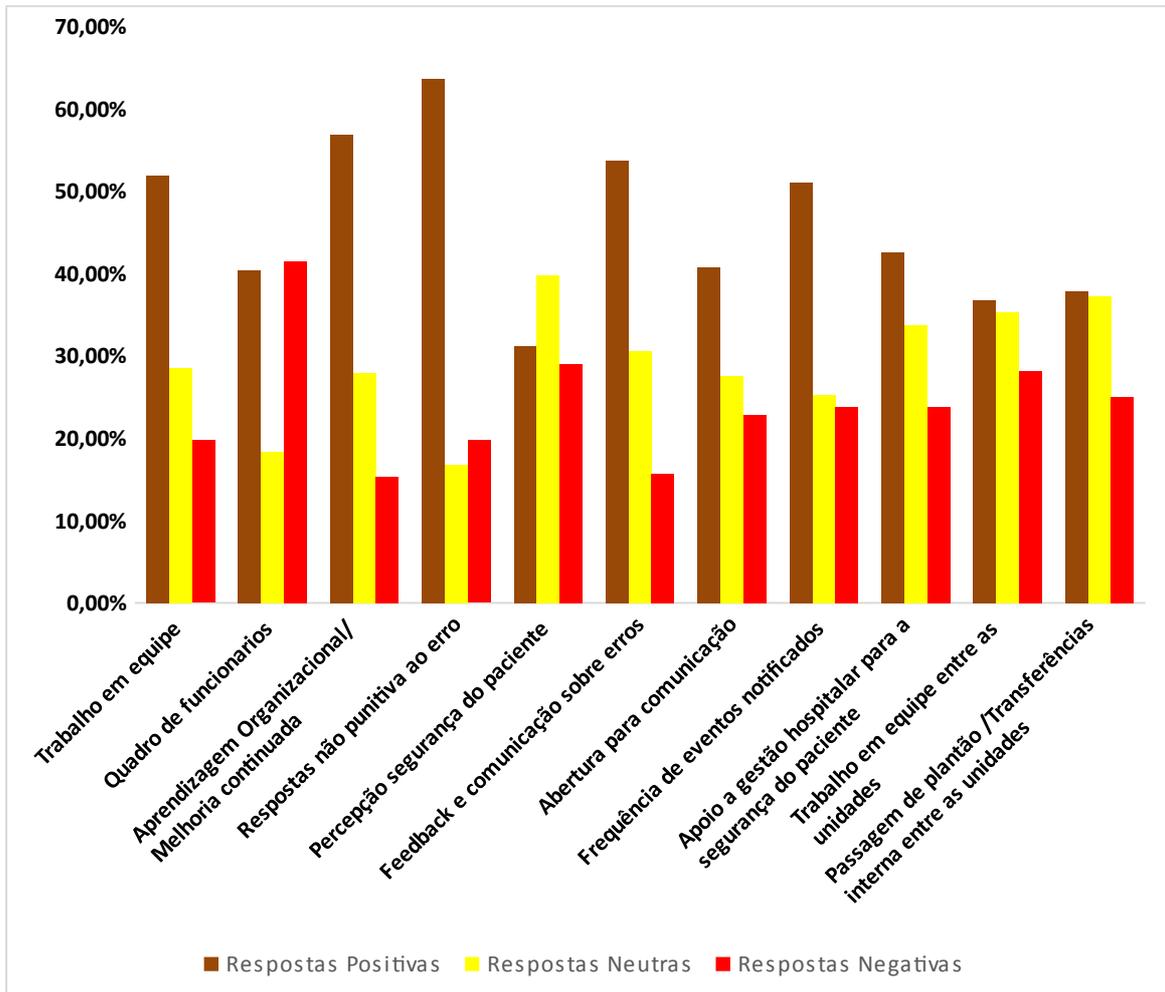
Em relação ao número de notificações realizadas nos últimos 12 meses no hospital apresentadas no Figura 2, do total de 98 respondentes, 36,73% relatam o preenchimento de 3 a 5 notificações, seguida do preenchimento de 6 a 10 notificações (23,47%), o preenchimento de 1 a 2 notificações (21,43%), 11 a 20 notificações (9,18%), nenhuma notificação (6,12%) e 21 ou mais notificações (3,06%).

Figura 2 – Número de notificações realizadas nos últimos 12 meses n=98. Botucatu, SP, Brasil, 2018.



Após o agrupamento dos itens correspondentes a cada dimensão da cultura de segurança do paciente, foram estabelecidas as médias percentuais de respostas positivas, neutras e negativas de cada uma das dimensões da cultura de segurança do paciente segundo HSOPSC apresentadas no Gráfico 3.

Figura 3 – Percentual de respostas positivas, neutras e negativas das dimensões da cultura de segurança, n=98. Botucatu, SP, Brasil, 2018.



## 5. DISCUSSÃO

A aplicação do questionário para avaliar a cultura de segurança constitui um importante instrumento de avaliação da gestão, planejamento de ações e intervenções voltadas para a segurança do cuidado de saúde, buscando contribuir para a qualidade desse cuidado.

De acordo com as características sócio demográficas, a população estudada é jovem, apresenta em média 34,1 anos de idade. Dados da literatura corroboram com nossos achados, mostrando que 85,8% da enfermagem possui idade entre 20 e 50 anos (LUCHTEMBERG; PIRES 2016).

Neste trabalho, houve um predomínio do sexo feminino. Acredita-se que por motivos culturais, o sexo feminino é predominante em algumas profissões da área da saúde, como ocorre na enfermagem, desde seus primórdios. Além disso, esses profissionais atuam diretamente ao paciente e passam a maior parte do tempo prestando os cuidados (LIMA JÚNIOR; ALCHIERI; MAIA 2009 e MATIELLO *et al.*, 2016).

Ao avaliar o grau de instrução, observou-se que a maioria dos profissionais possui pós-graduação nível *Latu Sensu*. Estes dados corroboram com estudo de OLIVEIRA *et al.*, 2009. A qualificação do profissional deve ser de acordo com os padrões de competitividade do mercado de trabalho, sendo assim é necessário que os enfermeiros estejam constantemente buscando atualização do saber científico que subsidie sua prática assistencial. Os cursos de pós-graduação *Latu Sensu* proporcionam ao profissional um aprimoramento da prática do cuidado assistencial, contribuindo para uma assistência com qualidade e segurança.

A literatura mostra que esse resultado é esperado, uma vez que a instituição é um hospital de ensino, portanto, além da assistência o hospital exerce atividades de ensino, pesquisa e extensão, possibilitando aperfeiçoamento e educação continuada dos profissionais (MARTINS *et al.*, 2006).

Em relação à carga horária de trabalho semanal dos profissionais estudados, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 543/2017 a carga horária dos profissionais de enfermagem deverá ser de 36 horas semanais para atividade assistencial e de 40 horas semanais para atividades administrativas. Encontram-se na Câmara Federal, o Projeto de Lei nº2.295/2000, e no estado de São Paulo, o Projeto de lei nº347/2018, que estabelecem jornada máxima de 30 horas semanais para esses profissionais (OLIVEIRA; SILVA; LIMA 2018).

Neste estudo, observou-se que os trabalhadores acabam excedendo sua carga horária semanal para realização de hora extra ou plantões pagos, conforme cedidos pela sua instituição, isso pode acabar gerando desgaste físico e diminuição da produtividade. A sobrecarga de trabalho tem influência na assistência prestada como verificou no estudo de CARVALHO *et al.*, 2017.

Cabe salientar que a instituição estudada apresenta 3 tipos de vínculos empregatícios (Secretaria Saúde – SES, Fundação de Desenvolvimento Médico Hospitalar – FAMESP e Universidade Estadual Paulista – UNESP) o que gera diferença de carga horária de trabalho e consequentemente esses trabalhadores acabam superando/excedendo essa carga horária dependendo da necessidade.

Para CARVALHO 2011; REIS 2013, o tempo de atuação dos profissionais na instituição constitui um indicador de segurança essencial, uma vez que está relacionado à rotatividade dos mesmos, o que compromete a continuidade e a qualidade da assistência prestada. Além disso, a experiência profissional, o comprometimento institucional e a estabilidade adquirida são fatores que estimulam o profissional a permanecer em uma instituição. Considera-se ainda que o tempo de trabalho em uma organização pode estar associado à proposta de trabalho da instituição, da necessidade e da satisfação individual o que se assemelha no estudo de MARTINS *et al.*, 2006.

Neste estudo, a maioria dos respondentes tem menos de cinco anos de trabalho na instituição e na unidade de trabalho. Essa população jovem, com pouco tempo de experiência, pode comprometer a segurança do paciente na instituição se não adequadamente treinada.

Ao abordar sobre a principal área/unidade de trabalho dos participantes no hospital, observa-se que a um terço dos respondentes da pesquisa atua nas Unidades de Terapia Intensiva, corroborando com o estudo de BATALHA; MEDEIROS 2015. Isso porque deve-se considerar que a UTI é responsável pelos cuidados dos pacientes com maior dependência, e geralmente, os mais graves e debilitados. Dentre as diversas atividades desenvolvidas nesse setor, deve-se determinar o número de trabalhadores necessários para compor a equipe através do dimensionamento de enfermagem, sendo assim, considera-se que esse setor, necessita de um número maior de profissionais para suprir a demanda de cuidados requerida pelos pacientes, contribuindo para que sejam mantidas as condições favoráveis de trabalho (CAMELO 2012). Além disso o presente estudo foi realizado com 5 tipos diferentes de UTI, o que explica o maior número de participantes serem destas unidades.

De maneira geral, a maioria das dimensões obtiveram uma avaliação positiva. Apenas a dimensão *Quadro de funcionários e Percepção geral de segurança do paciente* obtiveram uma avaliação negativa (41,4%) e (39,8%) respectivamente. Segundo as orientações da AHQH, o estudo em questão não obteve percentual de respostas positivas acima de 75% em nenhuma dimensão classificada como de força para a segurança do paciente (FAMALARO *et al.*, 2016).

O trabalho em equipe na saúde consiste em um modelo de organização das práticas para abordagem ampliada das necessidades de saúde, de forma integral. Alcançar o trabalho em equipe em enfermagem é considerado fundamental para a qualidade da atenção à saúde, segurança do paciente e satisfação profissional. Os relatos das profissionais mostram que comunicação, confiança, respeito mútuo e colaboração são elementos construtivos do trabalho em equipe como verificou-se no estudo de SOUZA *et al.*, 2016 e CAMELO 2011). Nesta dimensão, foi obtido um maior percentual de respostas positivas, o que se assemelha aos percentuais obtidos no estudo de MATIELLO *et al.*, 2016 e MACEDO *et al.*, 2016.

Na dimensão quadro de funcionários, obteve-se um percentual maior de respostas negativas, corroborando com os percentuais obtidos nos estudos de COSTA *et al.*, 2018; ANDRADE *et al.*, 2017; MATIELLO *et al.*, 2016 e REIS *et al.*, 2013. Isso porque o número de profissionais adequado é fundamental para a assistência segura, sendo de responsabilidade institucional promover condições favoráveis com recursos humanos para as unidades. A adequação quantitativa e qualitativa de profissionais, segundo as necessidades dos pacientes, pode possibilitar menor taxa de incidência de agravos à saúde dos trabalhadores (CAVALCANTE *et al.*, 2015).

Sabe-se que muitos profissionais estão expostos a cometer erros devido sua carga horária de trabalho elevada e excessiva, decorrente do déficit de profissionais, com isso tendem a trabalhar com descuido e acabam cometendo maior número de erros.

A legislação do COFEN nº 543/2017 é uma poderosa ferramenta gerencial, que possibilita a realização do cálculo adequado do quantitativo de recursos humanos. Entretanto, a grande parte das instituições de saúde brasileira não consegue ter o dimensionamento adequado, gerando déficit de recursos humanos e aumento do risco de ocorrência de eventos adversos (MATIELLO *et al.*, 2016), o que corrobora com dados encontrados neste estudo.

Na dimensão aprendizagem organizacional/melhoria continuada, o percentual de respostas positivas obtidas foi semelhante ao dos estudos de BATALHA; MEDEIROS 2015, ANDRADE *et al.*, 2018 e GALVÃO *et al.*, 2018. A avaliação dos erros por meio da aprendizagem organizacional estimula oportunidades para compartilhamento de lições aprendidas considerando o processo de educação contínuo e evolutivo. Para isso é necessário que os líderes demonstrem vontade de aprender e criem consciência entre os profissionais para o relato dos incidentes. Com isso promovem um ambiente de aprendizado e de oportunidades para melhores condições de segurança para o paciente. A partir do momento que a cultura de segurança amadurece na instituição, a cultura de aprendizagem torna-se mais proativa na identificação e melhoria dos processos visando prevenir os erros (LE MOS *et al.*, 2018).

Na dimensão resposta não punitiva ao erro, obteve-se um percentual de respostas positivas semelhante a apenas um estudo realizado na região sul do Brasil, em 2016 (MINUZZI; SALUM; LOCKS 2016). Os demais estudos encontrados na literatura demonstram maiores percentuais de respostas negativas, conforme o estudo de MACEDO *et al.*, 2016 (61% de respostas negativas), ANDRADE *et al.*, 2017 (53% de respostas negativas) e GALVÃO *et al.*, 2018 (82% de respostas negativas). Estes dados sugerem que maior taxa de respostas negativas, menor cultura de culpabilidade (GALVÃO *et al.*, 2018).

Segundo REIS 2013, a cultura de culpabilidade impede a identificação de problemas no processo de trabalho, que podem ter gerado o erro, pois existe a punição do indivíduo frente as ocorrências de erros. Ademais, a cultura punitiva desencoraja a notificação dos eventos.

Pode se considerar que como a dimensão é composta apenas por respostas negativas exigem uma maior atenção na interpretação do questionário. (GALVÃO *et al.*, 2018).

Na dimensão percepção geral de segurança do paciente, o maior percentual de respostas negativas foi semelhante ao dos estudos de MELLO; BARBOSA 2017; MATIELLO *et al.*, 2016 e CAUDURO *et al.*, 2015. Gestores hospitalares estão diretamente ligados a responsabilidade da qualidade e segurança dos cuidados. Para isso, são necessárias novas estruturas de administração, educação e avaliação da qualidade. Atualmente um dos maiores desafios em segurança do paciente é a assimilação dos gestores das instituições sobre a multifatorialidade dos erros e EA que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometer quando os processos são complexos e mal planejados (MELLO; BARBOSA 2017).

As barreiras do desenvolvimento da estratégia de segurança envolvem diversos fatores tais como a organização e infraestrutura da assistência, recursos materiais escassos, inadequação de proporção de profissionais, falta de trabalho em equipe, educação continuada, falta de incentivos e motivação (CAVALCANTE *et al.*, 2015).

As ações que objetivam a segurança do paciente, necessitam transcender os profissionais de enfermagem e tornar-se uma cultura da instituição. O envolvimento das equipes de gestão é fundamental para disseminar a cultura de segurança do paciente (COSTA *et al.*, 2018).

Na dimensão feedback e comunicação sobre erros, o maior percentual de respostas positivas foi obtido conforme estudos realizados por REIS 2013, ANDRADE *et al.*, 2017 e ANDRADE *et al.*, 2018.

É essencial migrar de uma cultura punitiva aos erros para uma cultura de aprendizagem, o que leva à possibilidade de abertura da comunicação, fazendo com que os funcionários conversem de forma desinibida sobre os erros que podem afetar o paciente e que eles se sintam livres para questionar com maior autoridade outros funcionários que estiverem tendo comportamentos inseguros. Desta forma, é possível aumentar a notificação de EA, viabilizando um feedback sobre os erros, permitindo a implementação de mudanças e a discussão de estratégias de prevenção de novos incidentes (LEMOS *et al.*, 2018).

Por tanto não basta notificar, os gestores devem delinear um processo para analisar os dados e dar feedback a equipe além de inserir mudanças de forma proativa, estimulando a prática de notificação para melhoria da qualidade dos serviços (SIMAN; CUNHA; BRITO 2017).

Na dimensão abertura para comunicação, o maior percentual de respostas positivas que foi obtido corroborou com os percentuais dos estudos desenvolvidos por SILVA; BATALHA, 2015, TOMAZONI *et al.*, 2014 e REIS 2013. A comunicação aberta e eficiente permite que os erros que possam acontecer e/ou causar danos previsíveis à saúde do paciente sejam evitados, sendo o objetivo da cultura de segurança. Uma vez que os sistemas de notificações de erros são reconhecidos como mecanismos chave de segurança, favorecem uma cultura organizacional positiva e uma assistência de qualidade, facilitando a comunicação e integração da equipe (LEMOS *et al.*, 2018).

É necessário inserir na prática dos profissionais não apenas diretrizes e normas, mas também uma prática educativa contínua a fim de conscientizar sobre a importância da comunicação entre líderes e liderados, gerando um ambiente mais favorável à notificação e a comunicação aberta entre os profissionais (SIMAN; CUNHA; BRITO 2017).

A comunicação pode ter implicações diretas com a segurança do paciente, tendo em vista que falhas nessa comunicação e na colaboração entre os profissionais podem constituir fonte potencial de erro, levando a fragmentação do serviço e a tratamentos pouco eficazes causando efeitos negativos ao paciente (MATIELLO *et al.*, 2016).

Na dimensão frequência de eventos notificados, o maior percentual de respostas positivas foi semelhante aos percentuais obtidos nos estudos de MACEDO *et al.*, 2016, ANDRADE *et al.*, 2018 e CAMPELO *et al.*, 2018. Por meio das notificações de EA, os profissionais conseguem descobrir os riscos presentes no processo de trabalho, adotar medidas de prevenção desses eventos, avaliar as medidas implementadas e melhorias na prática do trabalho. Para isso, os profissionais devem ser orientados sobre a importância e a necessidade desses registros e do preenchimento correto dos formulários de notificação (COSTA *et al.*, 2018).

Todavia, existe a possibilidade de subnotificações o que pode ser considerada uma barreira importante. Sabe-se que para reduzir a subnotificação é necessária a participação contínua dos trabalhadores dos serviços de saúde. A notificação de EA e de outros incidentes relacionados ao paciente deve ser estimulada e orientada para que toda a equipe participe deste processo, podendo assim contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e garantindo a maior segurança do paciente (LIMA *et al.*, 2013).

Destaca-se que tanto os quase erros (chamados “near miss”), como os incidentes com ou sem danos devem ser notificados. Porém, grande parte das notificações é resultante dos incidentes com danos (chamados EA). Cabe lembrar que o desafio que se coloca ao NOTIVISA é o aprimoramento dos sistemas de informação (LANZILLOTTI *et al.*, 2016).

Na dimensão apoio a gestão hospitalar para a segurança do paciente, o maior percentual de respostas positivas foi obtido de forma semelhante aos percentuais obtidos no estudo de REIS 2013. Esse dado diverge dos estudos publicados por MATIELLO *et al.*, 2016 e MACEDO *et al.*, 2016, que apresentaram maiores percentuais de respostas negativas. O apoio da gestão para a segurança do paciente pode indicar o comprometimento dos

profissionais de enfermagem e da direção para a promoção da segurança. Para esses estudos, as respostas divergentes podem refletir as diferentes opiniões dos profissionais de saúde sobre a qualidade do trabalho oferecido (MATIELLO *et al.*, 2016).

Os modelos de gestão nas organizações de saúde, muitas vezes, apresentam estruturas verticais, centralizadas e hierárquicas. Neste modelo, há maior amplitude de supervisão dos trabalhadores, maior controle das ações e decisões do trabalhador sobre o trabalho. Entretanto, nesse modelo nem sempre atinge as necessidades dos gerentes, sendo necessária a substituição desse modelo de gestão para modelos inovadores e flexíveis que motivem mais seus trabalhadores no ambiente de trabalho (BATALHA; MEDEIRO, 2016).

A equipe de enfermagem é considerada uma força de trabalho existente nas instituições de saúde e atua na assistência direta aos pacientes, influenciando na segurança dos mesmos. Esta equipe sofre influência do modelo adotado na instituição, podendo motivá-la ou desestimulá-la. Nos modelos de gestão no qual as estruturas são engessadas e verticalizadas, sem a comunicação efetiva entre os gestores e a equipe, pode-se criar um ambiente avesso à segurança do paciente (BATALHA; MEDEIRO, 2016).

Uma vez que o clima de trabalho proporcionado pela gestão não favorece a cultura de segurança, diversas iniciativas de melhorias de qualidade e sua efetivação podem ser desmotivadas dentro das unidades de trabalho. Portanto, o envolvimento dos gestores do hospital em relação ao fortalecimento da cultura de segurança deve ser melhorado sempre (BATALHA; MEDEIRO, 2016).

O planejamento, organização, direção e avaliação da estrutura e dos processos devem ser realizados em consonância com os aspectos de segurança. Além disso, é necessário que a gestão busque relações mais próximas e lineares com a equipe de enfermagem, por meio de uma gestão compartilhada, e almeje para além da punição quando ocorra os erros e eventos adversos, a cultura construtiva e participativa, na qual aprende-se com os incidentes e instala-se medidas eficazes de prevenção (BATALHA; MEDEIRO, 2016).

Na dimensão trabalho em equipe entre as unidades, o percentual de respostas positivas obtido se assemelha aos percentuais obtidos nos estudos de MELLO; BARBOSA 2017 e PINHEIRO; SILVA JÚNIOR 2016. Já o trabalho de MINUZZI; SALUM; LOCKS 2016 obteve um baixo percentual de respostas positivas. Para uma cultura de segurança positiva, é necessário e imprescindível que o trabalho em equipe dentro das unidades seja estimulado, ou

seja, corresponde ao apoio que os funcionários oferecem uns aos outros, trabalhando juntos e de modo respeitoso. As diferentes áreas da instituição devem trabalhar em equipe, de forma cooperativa e coordenada, para prover um cuidado de qualidade para os pacientes. Apesar de terem seus objetivos e processos de trabalho próprios devemos lembrar que elas são interdependentes (LEMOS *et al.*, 2018).

Além disso, o trabalho em equipe entre as unidades deve ser integrativo e cooperativo entre os profissionais, assim como o respeito mútuo aos limites e ao tempo individual de cada um na realização de tarefas. Isso é essencial para subsidiar o cuidado seguro e qualificado na enfermagem bem como o alto grau de satisfação dos profissionais e aumento da segurança do paciente (BIÃO E SILVA; ROSA 2016).

Na dimensão passagem de plantão e transferência interna entre as unidades, o maior percentual de respostas positivas foi semelhante aos percentuais obtidos nos estudos realizados por GALVÃO *et al.*, 2018, MELLO; BARBOSA 2017. Já o estudo de BIÃO E SILVA; ROSA 2016 identificou um percentual predominante de respostas negativas. Para estes autores, o comportamento/atitude e os conhecimentos/percepções dos profissionais durante a passagem de plantão revelam o quanto a comunicação interfere na segurança do paciente. Constata-se que a segurança pode ser comprometida na organização hospitalar se falta comunicação entre as equipes.

Durante as mudanças de turnos ou nas transferências do paciente para outros setores, o cuidado pode ser comprometido, sendo comum a perda de informações importantes para o cuidado seguro ao paciente. Destaca-se que a comunicação deve ser aberta e efetiva entre os profissionais, equipe e unidades (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR 2016).

Ocorre a transferência da assistência, aliada à transferência da responsabilidade ao outro profissional. São transmitidas informações sobre o paciente, com a finalidade de identificar suas necessidades, realizando o planejamento de ações e a eficácia do tratamento. Sabe-se que a qualidade das informações repassadas depende da habilidade de quem as transmite, da modalidade de comunicação, do tempo dispensado para a realização dessa atividade e do engajamento da equipe em registrar essas informações. A passagem de plantão e as transferências internas dependem de um trabalho articulado entre os membros da equipe para a criação de formas eficazes à transferência de informações consistentes GONÇALVES *et al.*, 2017.

Ademais, no estudo em questão, a maioria da população entrevistada tem tempo de serviço na instituição e/ou na unidade menor de cinco anos, o que pode influenciar na cultura de segurança e conhecimento, indicando necessidade de treinamento da equipe.

Com relação ao número de notificações realizadas nos últimos 12 meses, a maioria dos enfermeiros realiza no mínimo 3 notificações (variando de 3 a 10 notificações), o que corrobora com os estudos de MELLO; BARBOSA 2017, MINUZZI; SALUM; LOCKS 2016. Já no estudo de TOMAZONI *et al.*, 2014, os profissionais realizaram 1 a 2 notificações, enquanto no estudo de GALVÃO *et al.*, 2018 os respondentes não realizaram notificação de evento adverso no último ano. Podemos salientar que o número de eventos adversos relatado ainda é reduzido. Esses dados evidenciam que a prática de notificação ainda está frágil, podendo ser pela falta de cultura de notificar ou pela cultura punitiva adotada pela instituição (MINUZZI; SALUM; LOCKS 2016) ou pela falta de experiência/conhecimento do profissional envolvido na assistência.

Se por um lado existe uma postura de reconhecimento do erro e da importância de notifica-lo por outro ocorre a omissão do mesmo pela falta de comunicação. A abordagem sistêmica de erros é uma estratégia para aprimorar os processos assistências, compreendendo a natureza envolvida e a complexidade das atividades em saúde. Os processos inseguros precisam ser redesenhados e monitorizados a fim de evitar o erro resultantes de falhas e não isolar o indivíduo (GALVÃO *et al.*, 2018).

Por outro lado, a possibilidade de subnotificações pode ser considerada uma limitação importante do estudo. Para reduzir o número de subnotificações é necessária a participação dos profissionais e da gerência da instituição. Essa notificação deve ser orientada e incentivada, contribuindo para a melhoria da qualidade e garantindo a maior segurança aos pacientes (LIMA *et al.*, 2013).

As subnotificações prejudicam a captação dos eventos, pois com isso não é possível identificar todos os eventos ocorridos. A interpretação do termo “evento adverso”, pela equipe de enfermagem, é de incidente ou incidente com dano, sendo assim, torna-se essencial o conhecimento desses profissionais sobre os conceitos e definições, o que facilita o manuseio do instrumento de notificação (PAIVA *et al.*, 2014).

A gerência possui papel importante para fortalecer a cultura do ato de notificação, garantindo uma visão não punitiva para os erros, criando novos métodos de cuidados,

valorizando os profissionais da saúde, promovendo a prevenção dos eventos e estimulando a notificação para todos os profissionais (LIMA *et al.*, 2013).

Ademais, devem ser adotadas estratégias para melhoria da cultura de segurança dentro das instituições como desenvolvimento e capacitação profissional, revisão de processos e rotinas de trabalho na assistência à saúde, divulgação das atividades e relatórios de indicadores de segurança do paciente aos profissionais de saúde, entre outras ações.

## 6. CONCLUSÃO

O presente trabalho possibilitou analisar a cultura de segurança do paciente na instituição estudada mediante a perspectiva do enfermeiro.

Em relação as dimensões do questionário sobre a cultura de segurança do paciente, foram avaliadas em geral, de forma positiva. Apenas a dimensão “Quadro de Funcionários” e “Percepção geral de segurança do paciente” foi avaliada de maneira negativa.

A instituição tem buscado uma cultura de segurança, uma vez que os profissionais enfermeiros realizam as notificações de ocorrências de eventos adversos e em menor proporção o quase erro e o incidente sem danos. A implementação, avaliação de melhorias, investimentos em abordagem sistêmica de erros e adequação profissional podem fortalecer a segurança na instituição.

É importante ressaltar os avanços obtidos na área de segurança do paciente na instituição, já que a mesma possui um núcleo de segurança do paciente que vem atualmente trabalhando em conjunto com o hospital Sentinela na realização de notificações e desenvolvimento de estratégias a fim do fortalecimento da cultura de segurança na instituição.

Desta maneira, o estudo sugere que novas estratégias devem ser adotadas para melhorar a cultura de segurança do paciente na instituição, que podem ser por meio de treinamentos, divulgação das atividades e relatórios de indicadores de segurança do paciente aos profissionais de saúde, entre outras ações.

## 7. REFERÊNCIAS

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Brasília: ANVISA, 2011. Boletim Informativo. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisahome>. Acesso em: 8 ago. 2018.
2. ANDRADE, L. E. L. *et al.* Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 26, n. 3, p. 455-468, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222017000300455&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300455&lng=en&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 5 maio 2018.
3. ANDRADE, L. E. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 1, p. 161-172, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000100161&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100161&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 3 set. 2018.
4. BATALHA E. M. S.; MEDEIROS, M. M. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. **HU Rev. Juiz de Fora**, v. 42, n. 2, p. 133-142, 2016. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2518/872>. Acesso em: 7 dez.2018.
5. BATALHA, E. M. S. S.; MEDEIROS, M. M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepções existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 2, p. 432-441, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid). Acesso em: 3 set. 2018.
6. BIÃO E SILVA, A. C. A. C.; ROSA, D O. S. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 5, p. 1-10, 2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45583>. Acesso em: 10 dez. 2018.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - 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. Brasília, 2013. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC\\_36\\_2013\\_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e). Acesso em: 6 jun. 2018.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013**. Institui o programa nacional de segurança do paciente (PNSP). Brasília, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 6 jun. 2018.
9. CAMELO, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 192-200, fev. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100025&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100025&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 3 set. 2018.
10. CAMELO, S. H. H. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 4, 2011, p. 734-740, 2011. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/19977>. Acesso em: 18 out. 2018.
11. CAMPELO, C. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente e cuidado cultural de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 12, n. 9, p. 2500-2506, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/235048/29967>. Acesso em: 10 out. 2018.
12. CARVALHO, D. P. *et al.* Productivity versus workloads in the nursing working environment. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 51, p. e03301, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342017000100490&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342017000100490&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 nov. 2018.
13. CARVALHO Refl. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança [tese de doutorado]. Ribeirão Preto

- (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2011. Acesso em: 13 mar. 2018.
14. CAUDURO, F. L. *et al.* Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 129-138, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36645>. Acesso em: 21 dez. 2018.
  15. CAVALCANTE, A. C. *et al.* Seguro ou paciente: auxílios da enfermagem. **Rev. Cubana Enferm.**, v. 31, n. 4, 2015. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907>. Acesso em: 17 out. 2018.
  16. COSTA, D. B. *et al.* Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 3, p. e2670016, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000300303&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300303&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 14 nov. 2018.
  17. FAMALARO T. *et al.* **Hospital survey on patient safety culture 2016**: user comparative database report. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016. Disponível em: [https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016\\_hospitalops\\_report\\_pt1.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016_hospitalops_report_pt1.pdf). Acesso em: 3 set. 2018.
  18. GALVÃO, T. F. *et al.* Patient safety culture in a university hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, p. e3014, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6091364/>. Acesso em: 12 dez. 2018.
  19. GONÇALVES, M. I. *et al.* Segurança do paciente e passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Rev. Baiana Enferm.**, v. 31, n. 2, p. e17053, 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17053/14606> . Acesso em: 12 dez. 2018.

20. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais**. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação, 2008.
21. KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. C. (Ed.). **To err is human: building a safer health system**. Washington (DC): National Academy Press, 2000. Acesso em: 27 jul. 2018.
22. LANZILLOTTI, L. S. *et al.* Eventos adversos e incidentes sem dano em recém-nascidos notificados no Brasil, nos anos 2007 a 2013. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 9 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00100415>. Acesso em: 18 nov. 2018.
23. LEMOS, G. C. *et al.* A Cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Rev. Enferm. Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, p. e2600, 2018. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.2600>. Acesso em: 31 nov. 2018.
24. LIMA JÚNIOR, J.; ALCHIERI, J. C.; MAIA, E. M. C. Avaliação das condições de trabalho em hospitais de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 43, n. 3, p. 670-676, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000300024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300024). Acesso em: 8 ago. 2018.
25. LIMA, P. F. *et al.* Queixas técnicas e eventos adversos a medicamentos notificados em um hospital sentinela do interior de São Paulo, 2009-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 22, n. 4, p. 679-686, 2013. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742013000400014&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000400014&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 14 nov. 2018.
26. LIMA, R. E. F. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil**: questionário de atitudes de segurança. 2011. 173 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-30112011-085601/pt-br.php>. Acesso em: 11 set. 2018.

27. LUCHTEMBERG, M. N.; PIRES, D. E. P. Enfermeiros do serviço de atendimento móvel de urgência: perfil e atividades desenvolvidas. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 2, p. 213-220, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690202>. Acesso em: 13 set. 2018.
28. MACEDO, T. R. *et al.* Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 5, p. 756-762, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000500756&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500756&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 14 nov. 2018.
29. MARTINS, C.; KOBAYASHI, R. M.; AYOUB, A. C.; LEITE, M. M. J. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 3, p. 472- 478, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/ S0104-07072006000300012>. Acesso em: 13 set. 2018.
30. MATIELLO, R. D. C. *et al.* A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 5, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45408>. Acesso em: 16 nov. 2018.
31. MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. **Rev. Eletron. Enferm.**, v. 19, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/viewFile/38760/22926>. Acesso em: 17 dez. 2018.
32. MENDES, W. *et al.* Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 11, n. 1, p. 55-66, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2008000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000100005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 19 jun. 2018.
33. MENDES, W. *et al.* Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2005000400008&script=sci\\_abstract &tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2005000400008&script=sci_abstract &tlng=pt). Acesso em: 19 jun. 2018.

34. MENDES, W.; MARTINS, M.; ROZENFELD, S.; TRAVASSOS, C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int. J. Qual. Health Care**, v. 21 n. 4, p. 279-284, 2009.
35. MINUZZI, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 25, n. 2, p. e1610015, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072016000200313&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072016000200313&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 10 dez. 2018.
36. MOURA, M. L. O.; MENDES, W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 15, n. 3, p. 523-535, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2012000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 19 jun. 2018.
37. NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. **Free from harm**: accelerating patient safety improvement fifteen years after to err is human. Boston, MA: National Patient Safety Foundation, 2015.
38. OLIVEIRA, B. L. C. A.; SILVA, A. M.; LIMA, S. F. Carga semanal de trabalho para enfermeiros no Brasil: desafios ao exercício da profissão. **Trab. Educ. Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1221-1236, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462008000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300014). Acesso em: 3 set. 2018.
39. OLIVEIRA, N. A. *et al.* Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuições na prática profissional dos egressos. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 697-704, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000400011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000400011&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 3 set. 2018.
40. PAIVA, M. C. M. S. *et al.* Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 747-754, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt\\_0104-1169-rlae-22-05-00747.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00747.pdf). Acesso em: 2 dez. 2018.

41. PINHEIRO, M. P.; SILVA JÚNIOR, O. C. Evaluación de la cultura de seguridad em uma organização hospitalaria de um hospital universitário. **Enferm. Glob.**, n. 45, p. 309-352, 2017. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1695-61412017000100309](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412017000100309). Acesso em: 10 dez. 2018.
42. REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. 203 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>. Acesso em: 5 maio 2018.
43. REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>. Acesso em: 19 jun. 2018.
44. ROQUE, K. E.; TONINI, T.; MELO, E. C. P. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 10, p. e00081815, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2016001005001&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2016001005001&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 19 jun. 2018.
45. SIMAN, A. G.; CUNHA, S. G. S.; BRITO, M. J. M. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 51, p. e03243, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100445](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100445). Acesso em: 3 nov. 2018.
46. SOUSA, P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. **Acta Med. Port.**, v. 19, n. 4, p. 309-318, 2006. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.21/7828>. Acesso em: 3 maio 2018.

47. SOUZA, G. C. *et al.* Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 50, n. 4, p. 640-647, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000400642](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400642). Acesso em: 3 out. 2018.
48. TOMAZONI, A. *et al.* Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 755-763, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692014000500755](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000500755). Acesso em: 30 nov. 2018.
49. VICENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

## 8. ANEXOS

### 8.1 ANEXO 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa chamada *Cultura de Segurança do Paciente na Perspectiva dos Enfermeiros de um Hospital Terciário do Interior do Estado de São Paulo*, que pretende avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos enfermeiros de um hospital terciário do interior paulista. O Sr (a) foi selecionado (a) a participar dessa pesquisa por ser enfermeiro e que atua nessa instituição. A coleta de dados será realizada no período compreendido entre os meses de agosto e dezembro de 2017. Participaram dessa pesquisa enfermeiros que atuam nas seguintes sessões: unidades de internação adulto e pediátrica, centro cirúrgico, central de materiais esterilizados e unidade de terapia intensiva adulto; onde os participantes da pesquisa terão um ambiente preservado para responder o instrumento, sendo que o tempo de duração estimado para responder é de 10-15 minutos. Para identificar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos enfermeiros será utilizado o questionário do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), devidamente traduzido para o português pela ENSP – Fiocruz, na qual identificará o nível de conhecimento desses enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente no momento. Após, esses instrumentos serão analisados e os resultados apresentados em eventos científicos e ao final será encaminhado para publicação em revistas científicas.

O resultado desta pesquisa possibilitará melhor entendimento em relação a classificação de pacientes, o dimensionamento de enfermagem e o estresse ocupacional dos profissionais de enfermagem, bem como possibilitará melhora no aprendizado sobre o assunto.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir em nenhum aspecto. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo. É garantido total sigilo de sua identificação em relação aos dados relatados nesta pesquisa. E você não correrá risco algum.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608 / 1609.

#### CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: \_\_\_\_\_

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

Pesquisador (a)

Maryelle Aparecida Alves                      Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Orientador:** Profa. Dra. Silvana Andréia Molina Lima

Endereço: Faculdade de Medicina de Botucatu/ Departamento de Enfermagem Fone: 14-38801308

e-mail:smolinalima@gmail.

## 8.2 ANEXO 2: Questionário sobre Segurança dos Pacientes em Hospitais (HSOPSC)

### INSTRUÇÕES

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

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

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

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

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

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

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

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

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre 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 apoiam umas às outras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

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

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

### **Seção B: Comunicação**

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

<b>Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...</b>	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Os profissionais tem liberdade para dizer ao ver	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente					
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Os profissionais tem receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### **Seção C: Frequência de eventos relatados**

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

<b>Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...</b>	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre um erro, mas ele é <b>percebido e corrigido antes de afetar o paciente</b> , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Quando ocorre um erro, mas <b>não há risco de dano ao paciente</b> , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando ocorre um erro, que <b>poderia causar danos ao paciente</b> , mas não causa, com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### **Seção D: Nota da segurança do paciente**

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

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

### **Seção E: O seu hospital**

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

<b>Pense no seu hospital...</b>	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



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

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

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

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

**5. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? \_\_\_\_\_ anos****6. Você tem algum curso de especialização?**

- a. Pós-graduação (Nível Especialização)  
 b. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)

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

- a. Feminino    b. Masculino

**SEÇÃO I: Seus comentários**

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

**Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.**

### 8.3 ANEXO 3: Parecer Substanciado Comissão Ética e Pesquisa



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Cultura de segurança do paciente na perspectiva dos enfermeiros de um hospital terciário do interior do estado de São Paulo

**Pesquisador:** MARYELLE APARECIDA ALVES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 70198117.0.0000.5411

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.154.165

##### Apresentação do Projeto:

O avanço das complexidades na assistência à saúde, acarretando, entre outros aspectos, o aumento do número de profissionais envolvidos nas atividades com os pacientes assim como o também aumento de procedimentos indicados e realizados, pode influenciar na gravidade e no aumento de eventos adversos. Evento adverso é um dos vários termos utilizados para indicar as consequências não desejadas de um ato desenvolvido por profissionais da saúde no atendimento ao paciente. Outros exemplos de termos utilizados são erro médico e complicação de tratamento. Operar o lado errado ou o paciente errado são exemplos destas situações que podem ocorrer na atenção à saúde, de consequências trágicas. Dentro deste conceito é que surgiu a preocupação com a denominada "segurança do paciente", no sentido de prevenção dos efeitos adversos. Dentro deste contexto, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Unesp (HC-FMB-UNESP) criou o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) para atuar especificamente nesta área de atenção à saúde no ambiente hospitalar. O conhecimento adequado, assim como a cultura positiva dos profissionais da saúde em relação à segurança de paciente é peça fundamental na implementação das medidas operacionais preventivas. O presente projeto de pesquisa pretende avaliar a cultura dos enfermeiros do HC-FMB-UNESP em relação à segurança do paciente. A amostra será constituída de 202 enfermeiros de várias áreas do hospital. A metodologia implicará

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n

**Bairro:** Rubião Junior

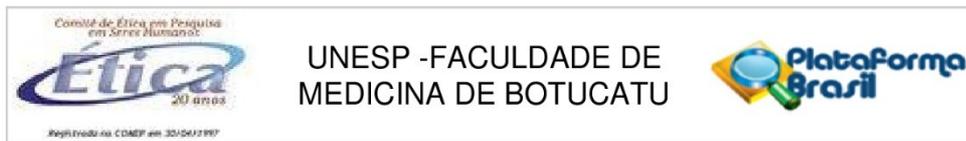
**UF:** SP

**Município:** BOTUCATU

**CEP:** 18.618-970

**Telefone:** (14)3880-1608

**E-mail:** capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.154.165

em aplicar um instrumento de avaliação denominado Hospital Survey on Patient Safety, já traduzido e adaptado para o Brasil. Haverá tratamento estatístico com os dados a serem obtidos.

**Objetivo da Pesquisa:**

As pesquisadoras descrevem o objetivo da pesquisa como "Avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de um hospital terciário no interior do estado de São Paulo".

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos podem ser considerados irrelevantes, uma vez que envolvera somente a aplicação de questionário sobre a cultura do enfermeiro em relação à segurança do paciente. Os benefícios diretos para os voluntários do estudo estão ausentes, contudo poderá haver benefícios indiretos por meio de melhor conscientização sobre este tema. Poderá ainda haver benefícios para os pacientes do hospital.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo adequadamente elaborado.

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

O termo de consentimento esta adequado. Demais documentos pertinentes presentes.

**Recomendações:**

Recomenda-se que os resultados sejam enviados à direção do HC-FMB-UNESP.

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

Sugerido aprovação pelo CEP.

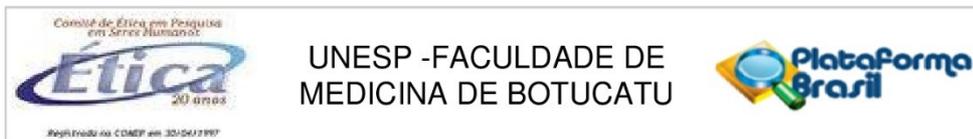
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto de Pesquisa APROVADO, deliberado em reunião ORDINÁRIA do CEP de 03/07/2017, sem necessidade de envio à CONEP.

O CEP solicita aos pesquisadores que após a execução do projeto em questão, seja enviado o Relatório Final de Atividades, o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO".

LEMBRAMOS QUE A PRESENTE PESQUISA SOMENTE PODERÁ SER INICIADA APÓS DIA 03/07/2017 – DATA DA APROVAÇÃO DO CEP.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n  
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970  
 UF: SP Município: BOTUCATU  
 Telefone: (14)3880-1608 E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.154.165

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_939401.pdf	14/06/2017 13:09:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisa.docx	14/06/2017 13:02:28	MARYELLE APARECIDA ALVES	Aceito
Outros	Institucional.pdf	14/06/2017 13:01:48	MARYELLE APARECIDA ALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	14/06/2017 12:56:19	MARYELLE APARECIDA ALVES	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	14/06/2017 12:51:58	MARYELLE APARECIDA ALVES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BOTUCATU, 04 de Julho de 2017

---

**Assinado por:**  
**Trajano Sardenberg**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n  
**Bairro:** Rubião Junior **CEP:** 18.618-970  
**UF:** SP **Município:** BOTUCATU  
**Telefone:** (14)3880-1608 **E-mail:** capellup@fmb.unesp.br