

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

FRANCISCO DEYVIDY SILVA OLIVEIRA

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO EM UM  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DO AMAZONAS: perspectivas da equipe de saúde

MANAUS

2023

FRANCISCO DEYVIDY SILVA OLIVEIRA

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO EM UM  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DO AMAZONAS: perspectivas da equipe de saúde

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Amazonas como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia - Mestrado Profissional, para a obtenção do título de Mestre em Cirurgia.

Área de Concentração: Cirurgia.

Linha de Pesquisa: Tecnologias de Ensino, Gestão da Qualidade e Segurança em Cirurgia.

**Orientador:** Prof. Dr. Leonardo Pessoa Cavalcante

MANAUS

2023

## Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

O48c Oliveira, Francisco Deyvidy Silva  
Cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico em um hospital de emergência do Amazonas : perspectivas da equipe de saúde / Francisco Deyvidy Silva Oliveira . 2023  
91 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: Leonardo Pessoa Cavalcante  
Dissertação (Mestrado Profissional em Cirurgia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Cultura de Segurança. 2. Segurança do Paciente. 3. Cultura Organizacional. 4. Qualidade da assistência à saúde. 5. Centro Cirúrgico. I. Cavalcante, Leonardo Pessoa. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

FRANCISCO DEYVIDY SILVA OLIVEIRA

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO EM UM  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DO AMAZONAS: perspectivas da equipe de saúde

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Amazonas como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia - Mestrado Profissional, para a obtenção do título de Mestre em Cirurgia.

Área de Concentração: Cirurgia.

Linha de Pesquisa: Tecnologias de Ensino, Gestão da Qualidade e Segurança em Cirurgia.

Aprovado em cinco de outubro de dois mil e vinte e três.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Leonardo Pessoa Cavalcante (Presidente)

Universidade Federal do Amazonas – UFAM – PPGRACI

Prof. Dr. Bruno Bellaguarda Batista (Membro Interno)

Universidade Federal do Amazonas – UFAM – PPGRACI

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Yara Nayá Lopes de Andrade (Membro Externo)

Universidade Federal do Maranhão – UFMA – PPGSF/RENASF

Prof. Dr. Jonas Byk (Suplente Interno)

Universidade Federal do Amazonas – UFAM – PPGRACI

Prof. Dr. Darlisom Sousa Ferreira (Suplente Externo)

Universidade do Estado do Amazonas – UEA – ProEnSP

Dedico este trabalho aos meus familiares e em especial ao meu irmão, amigo e grande incentivador nesta vida, Francisco Deymison Silva Oliveira (em memória).

## AGRADECIMENTOS

Algumas palavras descritas aqui ainda não serão suficientes para expressar tamanha alegria e todo meu afeto e gratidão por cada pessoa que direta ou indiretamente contribuiu para a conclusão desta tão sonhada etapa da minha vida.

Agradeço primeiramente a Deus e todas as boas energias do Universo que me fortalecem e me guiam pelos caminhos do bem e do amor, com discernimento nas decisões e com a resiliência que não me permite desistir de lutar por mim e pelos que precisam.

A Universidade Federal do Amazonas e todo seu corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia, pela oportunidade de realizar esse feito em uma das instituições mais renomadas do País, onde recebi todo apoio para desenvolver as atividades com êxito.

Aos meus familiares e em especial aos meus pais, Francinete e Edilson, que mesmo sem a oportunidade de receber educação através da escola, investiram incansavelmente em mim, ensinando que a verdadeira vitória viria através da educação. Obrigado por incentivarem a trilhar os caminhos do conhecimento. Estou aqui hoje para dizer que conseguimos mais uma vez!

Ao meu irmão Francisco Deymison (em memória), pelo compartilhamento de vida neste plano, pelo maior exemplo de honestidade e bom caráter que recebi nesta vida, por sempre olhar nos meus olhos e me dizer que eu sou maior do que imagino ser. Estamos sempre juntos!

Ao meu esposo Cléber, grande exemplo e incentivador na vida e no mundo acadêmico. Obrigado por me ajudar a levantar todas as vezes que cai no meio deste processo, por me incentivar na busca pelo aprendizado e por ser meu orientador permanente. Um segurando a mão do outro! Essa conquista é nossa!

Ao meu orientador Professor Doutor Leonardo Pessoa Cavalcante, pelo incentivo à pesquisa, pela compreensão e por acreditar nas minhas potencialidades e todo empenho no desenvolvimento deste trabalho.

À acadêmica Ranna Abadias Pessoa, que abraçou o trabalho através do Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal do Amazonas, sendo fundamental na fase da coleta, com toda sua expertise e disponibilidade.

Aos meus amigos que não se cansam de torcer por mim e entender as minhas ausências. Obrigado por enriquecerem a minha vida com o carinho de vocês, por todos os puxões de orelha e pela parceria nas adversidades da vida.

Aos colegas do mestrado, com quem pude compartilhar dificuldades e grandes progressos durante esse período que ficará eternizado em minha memória.

Aos amigos e colaboradores do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto, por compartilhar de muitas das minhas angústias e conquistas diárias e pelo apoio. Em especial a equipe do Centro Cirúrgico pela participação na pesquisa.

Aos amigos do Hospital Regional do Paranoá, pela acolhida, pela torcida e por entenderem e sempre se disponibilizarem a ajudar nas dificuldades enfrentadas no meio deste processo.

E a todos os profissionais que independente de sua área, ousam ser protagonistas de suas escolhas, tornando-se inspirações e objetos de transformação na vida do próximo.

## RESUMO

**Justificativa:** O conceito do cuidado seguro permeia as instituições de saúde no mundo todo, no entanto, é preciso entender a cultura de segurança de uma instituição para melhorar a oferta de segurança aos pacientes e aos profissionais. **Objetivos:** Avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional do centro cirúrgico de um hospital da rede estadual de saúde do Amazonas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, do tipo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa e qualitativa. A amostra foi composta por 119 profissionais de saúde que compunham a equipe multiprofissional do centro cirúrgico nos meses de agosto a setembro de 2021, onde ocorreu a coleta de dados. Foi utilizado o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), para avaliar as doze dimensões que compõem a cultura de segurança do paciente. A análise dos dados foi feita através de estatística descritiva e, para avaliar a confiabilidade das respostas ao instrumento HSOPSC, utilizou-se o teste *Alpha de Cronbach*. **Resultados:** Das doze dimensões avaliadas pelo HSOPSC, não houve nenhuma dimensão considerada forte para segurança do paciente na unidade. As dimensões com potencial para segurança do paciente foram “Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente”; “Trabalho em equipe dentro das unidades” e “Aprendizado organizacional – melhoria contínua”, enquanto todas as outras dimensões foram avaliadas como fracas para segurança do paciente. Em relação a percepção dos profissionais sobre a segurança do paciente, 39,50% dos participantes consideram a segurança do paciente na unidade como regular, apesar disso 89,91% dos participantes relataram não realizar nenhuma notificação de evento nos últimos 12 meses. **Conclusão:** O estudo apontou a necessidade do fortalecimento em todas as dimensões da cultura de segurança do paciente pela equipe do centro cirúrgico do hospital pesquisado, uma vez que nenhuma delas foi apontada como forte para a segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Cultura de Segurança. Segurança do Paciente. Cultura Organizacional. Qualidade da assistência à saúde. Centro Cirúrgico.

## ABSTRACT

**Justification:** The concept of safe care permeates health institutions around the world, however, it is necessary to understand the safety culture of an institution to improve the offer of safety to patients and professionals. **Objectives:** To evaluate the patient safety culture from the perspective of the multidisciplinary team of the surgical center of a hospital in the state health network of Amazonas. **Methodology:** This is a cross-sectional, descriptive and exploratory study with a quantitative and qualitative approach. The sample consisted of 119 health professionals who made up the multidisciplinary team of the surgical center from August to September 2021, where data collection took place. The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) instrument was used to assess the twelve dimensions that make up the patient safety culture. Data analysis was performed using descriptive statistics, in order to assess the reliability of responses to the HSOPSC instrument, Cronbach's Alpha test was used. **Results:** Of the twelve dimensions evaluated by the HSOPSC, there was no dimension considered strong for patient safety in the unit. The dimensions with potential for patient safety were "Expectations and actions of the supervisor/manager to promote patient safety"; "Teamwork within units" and "Organizational learning – continuous improvement", while all other dimensions were evaluated as weak for patient safety. Regarding the professionals' perception of patient safety, 39.50% of the participants consider patient safety in the unit to be regular, despite this, 89.91% of the participants reported not reporting any events in the last 12 months. **Conclusion:** The study pointed to the need for strengthening all dimensions of the patient safety culture by the surgical center team of the researched hospital, since none of them was identified as strong for patient safety.

**Keywords:** Safety Culture. Patient Safety. Organizational Culture. Quality of Health Care. Surgery Center.

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 – Distribuição do percentual de respostas negativas, neutras e positivas das doze dimensões da versão traduzida do HSOPSC do centro cirúrgico avaliado no estudo. Manaus – AM, Brasil, 2021..... 46
- Gráfico 2 – Distribuição das respostas ao item “Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital” no centro cirúrgico. Manaus – AM, Brasil, 2021..... 47
- Gráfico 3 – Distribuição das respostas ao item: "Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu? no centro cirúrgico. Manaus – AM, Brasil, 2021..... 48

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo do queijo suíço de James Reason.....	31
--	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conceitos da Tríade de Donabedian .....	22
Quadro 2 – Conceitos da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde .....	24
Quadro 3 – Conceitos de cultura de segurança do paciente de acordo com a Portaria MS/GM N° 529/2013 .....	28
Quadro 4 – Subculturas da segurança do paciente .....	29
Quadro 5 – Etapas da maturidade da segurança da cultura de segurança .....	32

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas dos participantes. Manaus – AM, Brasil, 2021 .....	43
Tabela 2 – Distribuição das variáveis laborais relativas aos profissionais do centro cirúrgico. Manaus – AM, Brasil, 2021 .....	44
Tabela 3 – Distribuição do Alfa de Cronbach das dimensões do HSOPSC no centro cirúrgico. Manaus – AM, Brasil, 2021 .....	45
Tabela 4 – Conteúdo das respostas à questão discursiva acerca da segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos no centro cirúrgico. Manaus – AM, Brasil, 2021 .....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality  
CAAE - Certificado de Apresentação para Apresentação Ética  
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa  
CS - Cultura de Segurança  
CSP - Cultura de Segurança do Paciente  
EA – Evento Adverso  
EUA - Estados Unidos da América  
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz  
HSOPSC - Hospital Survey on Patient Safety Culture  
IOM - Institute of Medicine  
MS – Ministério da Saúde  
NSP - Núcleo de Segurança do Paciente  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente  
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada  
SAQ - Safety Attitudes Questionnaire  
SBAR - Situation Background Assessment Recommendation  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
VIGIPOS - Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
1.1 Justificativa .....	18
1.2 Objetivos .....	20
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>21</b>
2.1 Movimento histórico da segurança do paciente .....	21
2.2 Percurso da segurança do paciente no Brasil .....	24
2.3 O modelo da cultura de segurança .....	26
2.4 Cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde .....	27
2.5 Métodos de avaliação da cultura de segurança do paciente .....	33
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>36</b>
3.1 Tipo de estudo .....	36
3.2 Aspectos Éticos .....	36
3.3 Características da amostra .....	36
3.4 Critérios de inclusão e exclusão .....	37
3.5 Tamanho da amostra.....	37
3.6 Instrumento de coleta de dados.....	37
3.7 Procedimentos .....	38
3.8 Análise estatística.....	39
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>42</b>
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>50</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>66</b>
APÊNDICE .....	83
ANEXOS.....	86

## 1 INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, a segurança do paciente tem sido um dos temas mais discutidos entre os profissionais e especialistas em saúde. Essa discussão teve início em 1999, após o Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (EUA), publicar o relatório denominado *To err is human: Building a Safer Health System*, que, entre seus resultados, descreveu a insegurança do sistema de saúde americano (CAMPELO et al, 2018).

Esse relatório descreveu a existência e a frequência com que erros aconteciam durante o cuidado, apresentando a forma como eles poderiam gerar lesões e sequelas algumas vezes irreversíveis, ocasionando inclusive mortes de pacientes. A estimativa gerada por esse relatório é que morriam de 44.000 a 98.000 pacientes em decorrência dos erros assistenciais (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999).

Diante dos impactos causados por esse relatório, e para que dados como esses fossem possíveis de serem reduzidos, surgiram no mundo algumas ações de impacto global, das quais podemos destacar a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, que estimulou a criação de uma agenda voltada a diminuição de eventos adversos relacionados a assistência à saúde (WHO, 2004).

Desde então, estima-se que 10% dos pacientes que passam por um processo de hospitalização acabam sendo vítimas de erros ou eventos adversos que, na maioria dos casos, poderiam ser evitados (TOBIAS et al, 2016). Em países desenvolvidos, como a Irlanda, essa prevalência foi de 12,2%, mais de 70% dos casos foram considerados passíveis de serem evitados; estima-se também que em países subdesenvolvidos esse número deva ser ainda maior (RAFTER et al, 2017).

O Brasil é apontado como um dos países com maiores frequências de eventos adversos evitáveis em todo o mundo (ANDRADE et al, 2018). Um estudo apontou que a incidência de eventos adversos em hospitais brasileiros foi de 7,6% (84 de 1.103 pacientes) e a proporção dos evitáveis era de 66,7% (56 de 84 pacientes) (SILVA et al, 2016). Dados publicados pelo relatório anual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) apontaram que, no período de janeiro a dezembro de 2022, foram notificados 292.961 eventos adversos, onde destes, a grande maioria (85,33%), ocorreram dentro de ambientes hospitalares (BRASIL, 2014).

No âmbito da assistência à saúde, qualquer incidente associado ao uso de equipamentos, medicamentos, realização de procedimentos, podem ser definidos como eventos adversos, que são caracterizados por lesões ou mesmo complicações não intencionais, resultantes do processo de cuidado ao paciente e não necessariamente ocasionado pela doença que o levou a buscar assistência (MINUZZI et al, 2016).

Relatório da OMS destaca que acidentes adversos associados a procedimentos cirúrgicos foram responsáveis por 3 a 16% de complicações cirúrgicas, resultando em 7 milhões de situações incapacitantes e índices de mortalidade de 0,4 a 0,8 em 2008 (WHO, 2009). Frente a esse cenário, percebeu-se a segurança na assistência cirúrgica como uma problemática dentro das unidades, apontando-a como o segundo desafio global para a segurança do paciente e estimulando a Organização Mundial da Saúde à criação do Manual para Cirurgia Segura, em 2009 (HEIDMANN et al, 2019).

Preocupado com esse problema, no Brasil, o Ministério da Saúde lançou em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que teve como objetivo fortalecer ações de práticas seguras nos serviços de saúde. Dentro de seu arcabouço o PNSP destaca a criação de uma cultura de segurança dentro das instituições de saúde como um dos primeiros pilares da segurança do paciente (BRASIL, 2013).

A Cultura de Segurança do Paciente (CSP) foi definida como o produto da soma de valores, atitudes e percepções individuais e de grupo que determinam o estilo, o compromisso e a proficiência de uma instituição de saúde com a gestão da segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004). Dessa forma o PNSP destaca que para exista uma CSP sua promoção deve ser por meio do aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais de saúde e dos pacientes na prevenção de incidentes, formando assim ambientes mais seguros (BRASIL, 2013).

O principal obstáculo para a concretização de um cuidado seguro é o fato de as organizações de saúde apresentarem uma cultura de segurança fragilizada, reforçando atitudes negativas, dificultando a promoção de uma assistência de alta qualidade, um atendimento eficaz, eficiente e rentável, apontando que esse modelo de cultura dentro das instituições de saúde é incapaz de oferecer um ambiente de trabalho seguro (MELLO; BARBOSA, 2017).

Para que ocorra a melhoria da segurança do paciente dentro das instituições hospitalares é fundamental a implantação de uma política institucional de cultura de

segurança do paciente, pois observa-se que profissionais de saúde têm subestimado a ocorrência do fato nas intervenções, o que gera subnotificação das ocorrências (SERRANO et al, 2019). Identificar um erro e realizar a sua notificação são passos fundamentais para o desenvolvimento de medidas preventivas no cuidado ao paciente, servindo de fonte de dados e oportunidades de melhorias, todavia, esses erros são difíceis de serem discutidos pois ainda existe a cultura da culpa e da punição (CAMPELO et al, 2021).

Instituições que estabelecem uma CSP entre seus profissionais obtêm melhores indicadores, em virtude da forma como os incidentes são abordados; no lugar de culpa, essa cultura é substituída pela confiança mútua, pela percepção comum do papel da segurança na prevenção de eventos adversos e segurança dos profissionais (ANDRADE et al, 2016).

Desse modo, partindo de uma ótica hospitalar, o centro cirúrgico mostra-se como um dos ambientes que traz as maiores oportunidades para o surgimento de eventos adversos, considerando o alto risco de complicações cirúrgicas que são responsáveis por uma proporção significativa de danos ocasionados pelo processo assistencial aos pacientes (SORRA et al, 2018).

No centro cirúrgico são desenvolvidas atividades complexas, precisas, com múltiplas tecnologias, multidisciplinares, com forte dependência da atuação individual, mas com grande necessidade do trabalho em equipe, muitas vezes, marcado pelo estresse e pela pressão (FERNANDES et al, 2021).

Considerando essas circunstâncias, percebe-se que as causas dos eventos que ocorrem no ambiente do centro cirúrgico são multifatoriais, mas são atribuídas principalmente ao grau de complexidade dos procedimentos, à interação deficitária entre as equipes multiprofissionais e ainda por conta do trabalho sob forte estresse e pressão (ABREU et al, 2019).

Assim, evidencia-se que, para o desenvolvimento de uma cultura de segurança positiva dentro do centro cirúrgico, é importante que todos os membros da equipe cirúrgica sintam-se responsáveis, uma vez que a promoção de organizações seguras pode melhorar o funcionamento e desempenho da equipe, contribuindo para resultados positivos aos pacientes, profissionais e instituições (WASIELEWSKI, 2017).

Desta maneira, o centro cirúrgico se mostra como um espaço para transformações e melhorias no sentido da prevenção de eventos adversos e de

análise dos fatores que podem dificultar a formação de uma cultura de segurança (KAWAMOTO et al, 2016). Avaliar a CSP permite identificar os fatores organizacionais que impedem sua formação, detectar as intervenções já implementadas para a segurança do paciente, fazer comparações com dados externos, além de permitir o acompanhamento da CSP ao longo do tempo (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

Avaliar e entender a CSP existente na instituição de saúde é o primeiro passo para aprimorar a segurança do paciente, pois através da avaliação é possível a obtenção de uma visão plena dos pontos de segurança que necessitam de uma atenção mais urgente e ainda verificar quais os pontos fortes e os fracos de cultura de segurança, refletindo os problemas na unidade e tendo a oportunidade de comparar seus resultados com o de outras organizações de saúde (MELLO; BARBOSA, 2017).

Compreender a CSP possibilita uma visão direcionada para os reais problemas e necessidades da instituição, diminuindo a ocorrência de eventos adversos evitáveis, gastos desnecessários decorrentes de falhas na assistência e a insegurança dos pacientes, promovendo melhorias na qualidade da assistência prestada (SOUSA, 2019).

Todavia, a efetiva avaliação depende muito do envolvimento de todas as partes envolvidas no processo do cuidado, partindo da seleção de uma ferramenta que seja capaz de coletar dados válidos para em seguida, implementar um plano de ação e dar início as melhorias necessárias (ANDRADE et al, 2018).

Diante da definição do objeto estudo, formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa: Como é a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multidisciplinar que atua no centro cirúrgico?

## **1.1 Justificativa**

O PNSP incentiva a inserção do ensino em segurança do paciente, destacando a necessidade de incluir a temática em pós-graduações na área da saúde, destaca ainda que a segurança do paciente deve ser prioridade nas pesquisas, de modo que o tema seja cada vez mais difundido no País (BRASIL, 2014).

O estudo aqui desenvolvido faz-se relevante uma vez que percebendo a fragilidade e a complexidade que envolvem os ambientes cirúrgicos, torna-se necessário o investimento em pesquisas que façam a avaliação da cultura de segurança no centro cirúrgico, permitindo apontar as deficiências, conhecer as

potências e conseqüentemente auxiliar no processo de construção de uma cultura de segurança positiva.

Pesquisar a cultura de segurança em uma instituição pode trazer grandes benefícios para a população que é atendida e para os profissionais que desempenham suas atividades laborais, pois trabalhar com a CSP é desconstruir paradigmas e mudar realidades. Os gestores ganham com as evidências que serão apresentadas, gerando instrumentos que auxiliarão na reflexão sobre o ambiente, condições de trabalho e na tomada de decisões para o desenvolvimento de estratégias de melhorias.

Pesquisar a CSP do centro cirúrgico de um grande hospital de emergência no Amazonas, além de ser um feito inédito, permitirá reconhecer suas fragilidades e melhorar seus serviços, colocando ainda o serviço de emergência do Amazonas no mapa das regiões que investigam a CSP.

## 1.2 Objetivos

### 1.2.1 Objetivo geral

Avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional do centro cirúrgico de um hospital da rede estadual de saúde do Amazonas.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Aferir a confiabilidade e a consistência interna dos dados gerados pelo *Hospital Survey on Patient Safety Culture*;
- Classificar a Cultura de Segurança do paciente a partir das dimensões do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*;
- Identificar as fragilidades e potencialidades da cultura de segurança do paciente a partir das dimensões do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*;
- Verificar a percepção geral dos profissionais de saúde sobre segurança do paciente no centro cirúrgico.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Movimento histórico da segurança do paciente

No decorrer da história da saúde, a segurança do paciente foi muitas vezes apontada como um requisito mínimo para se alcançar padrões de qualidade na assistência ao paciente. Um exemplo é a conhecida frase citada por Hipócrates (460 a 370 a.C.), há mais de dois mil anos atrás, quando ele proferiu “*primum non nocere*”, traduzido para o português no Brasil como “primeiro não ferir” (REIS, G.A.X. et al, 2019).

O pai da medicina, como é chamado atualmente, já entendia que o cuidado poderia causar algum dano e deu nome ao princípio da não maleficência, como sendo a obrigação de não causar danos intencionalmente ao paciente, possibilitando entender que a falibilidade dos profissionais de saúde já era percebida desde aquela época (BEST; NEUHAUSER, 2004).

Já no século XIX, a enfermeira Florence Nightingale foi a responsável pela revolução no cuidado na Guerra da Criméia, no Hospital Scutari na Turquia, quando ela percebeu que morreram mais soldados nos hospitais do que nos campos de guerra e associou essas mortes a insalubridade dos ambientes de cuidado (LOPYOLA; OLIVEIRA, 2021).

A queda da mortalidade foi percebida após a tomada de cuidados com a melhora da higiene no ambiente e na assistência com os pacientes, sendo considerado uma evolução para o conceito da segurança do paciente (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

Florence, teve seus cuidados reconhecidos e em seu livro, “*Notes on Hospital*” escrito em 1863 e já alertava que os erros durante a prestação do cuidado desde aquele período, representavam um grave problema.

Pode parecer um princípio estranho enunciar como o primeiro requisito em um hospital não causar dano ao doente. É bastante necessário, no entanto, estabelecer tal princípio, porque a mortalidade real nos hospitais, especialmente nas grandes cidades, é muito maior do que qualquer cálculo baseado na mortalidade da mesma classe de doenças entre os pacientes tratados fora dos hospitais (NIGHTINGALE, 1863, p.4).

No mesmo período, o médico obstetra Ignaz Semmelweis, percebeu a alta mortalidade por infecção de mulheres cujo parto era realizado por médicos e

estudantes de medicina, quando comparado com os partos realizados pelas parteiras, fazendo com que ele associasse a causa com o manuseio de cadáveres em autópsias realizadas antes dos partos. O estudo fez com que adotassem a obrigatoriedade da lavagem das mãos (SILVA; MATTOS, 2015).

Já no século XX, o médico norte-americano Ernest Amory Codman, dedicou-se a entender as respostas para os maus desfechos dos procedimentos cirúrgicos, acompanhando seus pacientes entre os anos 1911 e 1916, registrando 123 erros relacionados ao cuidado, ficando conhecido após a publicação do livro “*Diseases of Medical Progress*” (1918), onde ele relatava os seus próprios erros durante as cirurgias que ele realizava (KOHN; CORRIGAN; MOLLA, 1999).

Ele defendia que os hospitais deveriam realizar rastreamento dos pacientes, verificando se os cuidados de saúde prestados obtiveram sucesso ou não e empenhando-se a descobrir as causas dos fracassos, prevenindo erros no futuro (HOWELL; AYANIAN, 2016).

Ainda no século XX, surgiu o conceito sobre qualidade do cuidado nos serviços de saúde, idealizado nos Estados Unidos da América por Donabedian, onde ele apontava que avaliar a qualidade é julgar os processos de cuidado baseado na medida do quanto este contribui para os resultados desejáveis (DONABEDIAN, 1988).

O modelo de Donabedian (1988) ainda hoje é um dos mais populares por todo o mundo e é conhecido como a tríade de Donabedian, composto por três componentes: estrutura, processo e resultado, conforme descrito no quadro 1.

Quadro 1: Conceitos da Tríade de Donabedian

<b>Estrutura</b>	<b>Processo</b>	<b>Resultado</b>
Corresponde aos atributos dos setores em que os cuidados são prestados, o que inclui os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros.	Corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas durante a prestação dos cuidados.	Corresponde ao efeito do cuidado no estado de saúde do paciente e das populações, podendo ser clínico, econômico ou resultados na ótica do paciente.

Fonte: Donabedian, 1988.

No campo da segurança do paciente, o outro conceito bastante difundido de qualidade nos serviços de saúde é o proposto pelo IOM (1999), reputada instituição de pesquisa nos EUA, que a conceitua como o grau em que os serviços de saúde prestados ao paciente diminuem a probabilidade da obtenção de resultados

desfavoráveis e conseqüentemente, aumentam os desfechos favoráveis ao paciente (FARIAS, 2016).

Em 1999, o IOM lançou uma publicação intitulada “*To err is Human: Building a Safer Health Care System*”, se tornando um marco para a segurança do paciente em todo o mundo, pois a publicação retratava a forma alarmante e a frequência com que os erros aconteciam no País, causando anualmente 98 mil mortes no País, todas decorrentes de eventos adversos (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999).

O relatório apontava ainda a ideia de que a causa dos erros não eram os profissionais e sim os processos falhos existentes nas unidades. O presidente dos EUA, Bill Clinton, solicitou que o relatório fosse analisado e seis dias depois, ordenou a implementação de programas voltados para a segurança do paciente (WHO, 2009).

Já em 2001, o IOM divulgou o segundo relatório intitulado “*Crossing the quality chasm*”, que desta vez abordava a forma como a prestação de cuidados na saúde pode ser realizada de modo a melhorar a assistência prestada e ainda sugerindo que as instituições que se preocupam com a segurança do paciente devem desenvolver processos que diminuam as chances da ocorrência de erros e que aumentem a probabilidade de saná-los quando ocorrerem (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Em seqüência, a OMS se mobilizou e tomou frente aos assuntos que envolvessem segurança do paciente e qualidade do cuidado, criando assim, em outubro de 2004, a primeira edição da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, criando diretrizes que incentivaram as práticas de um cuidado seguro, mobilizando todos os países a criarem políticas em prol da segurança do paciente (WHO, 2009).

A partir de então expandiu-se o conceito de segurança do paciente, onde é o ato de reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado. Tornando-se um atributo essencial para a qualidade na assistência, objetivando oferecer um cuidado seguro (BRASIL, 2014).

A Classificação Internacional para a Segurança do Paciente foi criada em 2009 pela OMS, assim pela primeira vez houve uma uniformização dos termos sobre segurança do paciente, categorizando conceitos através de terminologias próprias, conforme demonstrado no quadro 2 (BRASIL, 2013).

Quadro 2: Conceitos da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde.

<b>Circunstâncias notificáveis</b>	Incidente com potencial dano ou lesão.
<b>Near miss</b>	O incidente ocorreu, mas não atingiu o paciente.
<b>Incidentes sem dano</b>	Evento que ocorreu a um paciente, mas não chegou a resultar em dano.
<b>Eventos adversos</b>	Incidente que resulta em dano ao paciente (danos não intencionais decorrentes da assistência, e não relacionados à evolução natural da doença de base).
<b>Dano</b>	Ocorre quando há comprometimento da estrutura ou função do corpo ou qualquer efeito dele, como doenças, lesões, sofrimento, incapacidade, disfunção ou morte, podendo ser dano físico, social ou psicológico.
<b>Erro</b>	Evento/Incidentes não intencional, podendo ser latentes, quando originados por falhas dos processos e sistemas da unidade ou ainda ativos, quando são cometidos por profissionais que estão em contato direto com o paciente, resultado de ação ou de omissão

Fonte: BRASIL, 2013.

## 2.2 Percurso da segurança do paciente no Brasil

Criada em 2001, a Rede Sentinela foi a responsável pelo início do movimento de segurança do paciente no Brasil. O programa objetivava desenvolver ações voltadas para o gerenciamento de risco, ampliação e sistematização de produtos utilizados em serviços de saúde e o estabelecimento de um observatório nacional para identificação de eventos adversos, queixas relacionadas aos produtos de saúde e desvios de qualidade nos serviços (BRASIL, 2014).

Em julho de 2009 foi instituído o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (VIGIPOS), através da portaria N°1.660, como parte integrante do Sistema Único de Saúde. Esse sistema tinha o objetivo de monitorar, analisar e investigar eventos adversos, e produtos da vigilância sanitária (BRASIL, 2009).

Após isso, só em 2013 foi criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), através da Portaria MS/GM N° 529/2013. O PNSP tem como

principal objetivo a qualificação da assistência em saúde em todas as organizações de saúde no Brasil, seja ele pública, filantrópica ou privada, e foi pactuada através da 57ª Assembleia Mundial de Saúde da OMS (BRASIL, 2013).

O PNSP apresenta como ênfase o aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, evitando a responsabilização individual, além da promoção da cultura de segurança do paciente focando no aprendizado (BRASIL, 2014).

Com o objetivo de gerar ainda mais modelos de cuidado seguro, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº1.377, de 9 de julho de 2013, instituindo protocolos de segurança do paciente para orientar as unidades de saúde, sendo eles: Protocolo de Cirurgia Segura, Higiene das Mãos e Lesão Por Pressão. Em setembro de 2013, através da Portaria Nº2.095, foram instituídos os Protocolos de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos e o Protocolo de Identificação do Paciente (BRASIL, 2013).

Na sequência, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) instituiu a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 36, de 25 de julho de 2013. Essa RCD definiu as ações que deveriam ser tomadas para a promoção da segurança do paciente e para a melhoria da qualidade das unidades de saúde, tornando ainda a obrigatoriedade da criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e definindo as estratégias do PNSP em todo o País (BRASIL, 2013).

A partir de então, coube aos NSP a responsabilidade da implantação dos protocolos de segurança do paciente; elaboração do plano de segurança do paciente; criação de estratégias para gestão de riscos nas instituições, garantindo a prevenção e o controle dos eventos adversos nos serviços, promovendo a comunicação efetiva entre os profissionais, garantindo a implementação dos protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde, realizando monitoramento e notificação de eventos adversos e disseminando a cultura de segurança na instituição (BRASIL, 2014).

No “Manual de Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente”, publicado pela ANVISA (2016), foi reforçado a importância deste núcleo para o fortalecimento de condutas proativas dos profissionais, ressaltando a necessidade de mudanças no sistema organizacional, refletindo em uma cultura de segurança positiva, através do compartilhamento livre de informações, preservando o aspecto da responsabilidade pessoas e recomendando a avaliação da cultura de segurança.

Em 2014, o Ministério da Saúde (MS) em contribuição com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e com a ANVISA, divulgaram o Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Esse documento sugeria o desenvolvimento de parcerias para desenvolver estratégias com quatro eixos norteadores de atuação na segurança do paciente, sendo eles: estímulo a uma prática assistencial segura; envolvimento do cidadão na sua própria segurança; inclusão do tema no ensino e o incremento de pesquisas sobre o tema (BRASIL, 2014).

Com o objetivo de aguçar as discussões sobre segurança do paciente, a ANVISA (2017) disponibilizou o manual Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, trazendo estudos e materiais de apoio que incentiva os profissionais, educadores em saúde e gestores a desenvolver estratégias de segurança, aplicar avaliações de segurança em seus serviços e conseqüentemente mitigar riscos e atos inseguros.

Mesmo com os incentivos do Ministério da Saúde para alcançar o que foi pactuado na Aliança Mundial para Segurança do Paciente, percebe-se que a adesão dos serviços ainda se mostra abaixo das expectativas, o que pode ser explicado pela cultura de segurança ainda ser frágil dentro das instituições de saúde (SOUSA; MENDES, 2019).

### **2.3 O modelo da cultura de segurança**

Cultura de Segurança (CS) é um termo que foi usado pela primeira vez em 1986, pelo Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear (INSAG), durante o congresso *International Atomic Energy Agency*, realizado na França. O grupo utilizou esse termo ao publicar o relatório que informava sobre o que é conhecido como o maior acidente nuclear da história, que ocorreu na usina nuclear de Chernobyl, cidade localizada na Ucrânia (SILVA, 2013).

No relatório, o grupo utilizou o termo para alertar sobre as várias falhas de segurança que foram encontradas por lá. (SILVA, 2013). Posteriormente, outros dois acidentes graves, o *Piper Alpha* e o *King Cross*, também apresentaram em seus relatórios, falhas humanas e organizacionais (REIS, 2013).

Após os acidentes surgiram preocupações acerca da segurança na indústria nuclear, onde a cultura de segurança foi apontada como uma das causas, sendo apontada como uma “cultura de segurança fraca”. A partir de então, organizações

começaram a recomendar estratégias que incentivassem ao desenvolvimento de uma “cultura de segurança positiva” (PAESE; SASSO, 2013).

Com o intuito de expandir o diálogo sobre a promoção de práticas que aumentassem a segurança nas usinas nucleares, alguns anos após o acidente o mesmo grupo publicou um relatório intitulado *Safety Culture*, que definia a cultura de segurança e enfatizava que essa cultura é tanto atitudinal quanto estrutural e está relacionada com hábitos, atitudes pessoais e com o estilo das organizações (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Cultura de segurança é um conjunto de características e atitudes em organizações e indivíduos que estabelece como uma prioridade as questões de segurança (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Quando se começaram as pesquisas e reflexões sobre cultura de segurança, atrelou-se logo a cultura organizacional, onde esse conceito era associado ao compartilhamento, internalização de valores, crenças, rituais, mitos, objetivos e compromissos adotados pelas pessoas da instituição, estabelecendo uma identidade organizacional (VOGT; LOURENÇO, 2017).

Assim, o objetivo da cultura de segurança nas organizações é estimular comportamentos mais adequados que favoreçam um ambiente seguro (SILVA, 2016). As instituições que possuem o êxito de deter uma cultura de segurança positiva, apresentam como pilar forte a construção de uma comunicação baseada na confiança entre os profissionais daquele local, onde são capazes de experienciar os benefícios da adoção de medidas de segurança, sendo possível ainda a avaliação frequente dessa cultura, avaliando o impacto das intervenções que estão sendo realizadas (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

## **2.4 Cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde**

A partir do relatório *To Err is Human*, o termo Cultura de Segurança passou a ser adotado também na área da saúde, onde neste relatório, os autores sugeriram que as instituições de saúde aderissem a uma cultura de segurança em que os profissionais e os processos de trabalho das unidades fossem focados na melhoria da segurança no cuidado aos pacientes (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999).

Esse relatório ainda incentivava o fortalecimento das lideranças, que encorajasse a notificação dos erros, contribuindo para a aprendizagem e prevenindo eventos adversos futuros (WHO, 2009).

O relatório recomendou que as instituições de saúde se apropriassem e aplicassem as técnicas seguras adotadas nas organizações de alta confiabilidade, que eram exemplos de locais onde altos riscos estavam envolvidos e havia registros de segurança muito positivos, gerindo seus processos de trabalho com muita eficiência, como nas indústrias de aviação, energia nuclear, petróleo e gás (SOUSA; MENDES, 2019).

Assim, enxergando a forma como as instituições de saúde estavam se preocupando em melhorar a cultura organizacional através da segurança do paciente, viu-se a necessidade de adaptar o conceito de cultura de segurança utilizado nas usinas nucleares para a realidade da segurança do paciente.

"Produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e proficiência da gestão de saúde e segurança de uma organização. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações baseadas na confiança mútua, pela percepção compartilhada da importância da segurança e pela confiança na eficácia de medidas preventivas." (SORRA; NIEVA, 2003).

No Brasil, a Portaria MS/GM Nº 529/2013 transcreveu o conceito de cultura de segurança do paciente da OMS, disposto no quadro 3.

Quadro 3: Conceitos de cultura de segurança do paciente de acordo com a Portaria MS/GM Nº 529/2013.

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

Fonte: Brasil, 2014

Em outras palavras, cultura de segurança do paciente significa atuar de forma humanizada, hábil, com responsabilidade e de forma comprometida com a segurança do paciente, objetivando oferecer um cuidado seguro, com integralidade, de forma resolutiva, reduzindo os riscos e danos aos pacientes (RAIMONDI; BERNAL; OLIVEIRA; MATSUDA, 2019).

Ao aprofundar sobre o tema, percebe-se que a cultura de segurança possui camadas, devendo fazer parte das equipes, sendo interiorizada nos indivíduos e fazendo parte integrante das instituições, com atitudes de notificação sem culpa, aprendizagem, geração de conhecimento aplicável, proatividade em relação aos eventos adversos e resiliência (SOUSA; MENDES, 2019).

Barreiras organizacionais e individuais ainda são presenciadas e dificultam o fortalecimento da cultura de segurança nas unidades, contribuindo para o número crescente de eventos adversos que são ocasionados na maioria das vezes por uma comunicação ineficaz, baixa adesão à identificação do paciente, ausência de cumprimento de protocolos, dentre outros comportamentos (REIS, G.A.X. et al, 2019).

O estudo de Sammer, C.E. et al (2010) apontado no manual Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática (BRASIL, 2017), indicou a importância das crenças, atitudes e dos comportamentos humanos dentro da cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde e identificou sete subculturas da segurança do paciente, conforme descrito no quadro 4:

Quadro 4: Subculturas da segurança do paciente.

- 1. Liderança** – os líderes devem reconhecer que o ambiente de saúde é de alto risco e procurar alinhar a visão, missão, competência da equipe, recursos humanos e legais de profissionais que estão na linha de frente do cuidado até a diretoria. Segundo os autores, é uma tarefa difícil identificar componentes precisos que compõem a segurança da organização. O líder é o elemento chave para concepção, promoção e criação de uma cultura de segurança.
- 2. Trabalho em equipe** – o espírito de coleguismo, colaboração e cooperação deve existir entre direção e equipe clínica. Os relacionamentos devem ser abertos, responsáveis e flexíveis. Atualmente as instituições de saúde atendem pacientes cada vez mais graves, com tratamentos complexos, que requerem recursos tecnológicos sofisticados, exigindo esforço e colaboração entre profissionais para possibilitar alcançar uma cultura de segurança.
- 3. Comunicação** – em qualquer ambiente onde existe um indivíduo membro da equipe de saúde, não importa o seu trabalho, ele tem o direito e a responsabilidade de falar em nome do paciente, ou seja, advogar em favor do paciente. Uma linguagem clara, estruturada, com técnicas corretas de comunicação é fundamental para a promoção de uma cultura de segurança do paciente. Outro lado

da comunicação é o método adotado pelo serviço de saúde para assegurar a transferência de informação entre plantões, departamentos e unidades. Os profissionais que trabalham na linha de frente do cuidado querem ser ouvidos e reconhecidos pelos gestores. Promover feedback e criar laço de confiança entre membros da equipe é uma importante propriedade da cultura de segurança.

**4. Aprender com os erros** – a instituição deve aprender com os erros para buscar novas oportunidades de melhorar seu desempenho. É importante que o aprendizado comece pelos líderes demonstrando disponibilidade para aprender, não somente por meio de análises de dados da própria instituição de saúde, mas também por pesquisas de outras áreas que tem se desenvolvido e demonstrado sucesso quanto à cultura de segurança. A aprendizagem deve ser valorizada por todos os profissionais. A cultura de aprendizagem cria uma consciência de segurança entre a equipe da instituição e promove um ambiente que propicia oportunidades de aprendizado. Deve-se contemplar no processo de educação e treinamento sobre segurança, o entendimento básico da ciência da segurança, o que significa ser uma instituição de alta confiabilidade, qual o valor da cultura de segurança e do processo de melhoria de desempenho.

**5. Justiça** – a cultura da justiça reconhece os erros como falhas no sistema, ao invés de falhas individuais e, ao mesmo tempo, não coíbe de responsabilizar os indivíduos por suas ações. É importante determinar se as falhas são do sistema ou individuais, desta forma podem-se formular algumas perguntas para tentar identificar o tipo de falha que está acontecendo. A cultura da justiça é caracterizada pela verdade.

**6. Cuidado centrado no paciente** – o cuidado deve ser centrado no paciente e sua família. O paciente não deve ser somente um participante ativo de seu próprio cuidado, mas também o elo entre a instituição de saúde e a comunidade. Líderes que compartilham sua visão de cuidado centrado na família e com a comunidade permite a esta ter sentimento de orgulho e sentir-se parte do serviço de saúde.

**7. Prática baseada em evidência** – a prática do cuidado ao paciente deve ser baseada em evidências. Deve ser padronizada para evitar ocorrências de variações em todas as situações. Os processos devem ser desenhados para alcançar alta confiabilidade. Instituições de saúde que demonstram usar as melhores práticas baseadas em evidências, por meio de processos padronizados, protocolos, *checklist* e *guidelines* demonstram sua preocupação em desenvolver práticas seguras. A nova geração de profissionais de saúde está gradativamente sendo capacitada a trabalhar seguindo estas ferramentas, podendo tornar-se mais amplamente aplicadas no futuro.

Fonte: Brasil, 2017.

Percebe-se que a cultura de segurança não pode ser externa ao profissional, como uma norma ou rotina, mas construída por ele juntamente com a instituição, no seu cotidiano de trabalho. A cultura de segurança encoraja os profissionais a falarem sobre erros e motiva a terem comportamentos proativos (REIS et al, 2016).

Um conceito de cultura de segurança que é bastante utilizado nas instituições de saúde é o modelo do professor e psicólogo, James Reason, onde ele enfatiza as

características da cultura justa, cultura de relato e a cultura de aprendizagem (REASON, 2000).

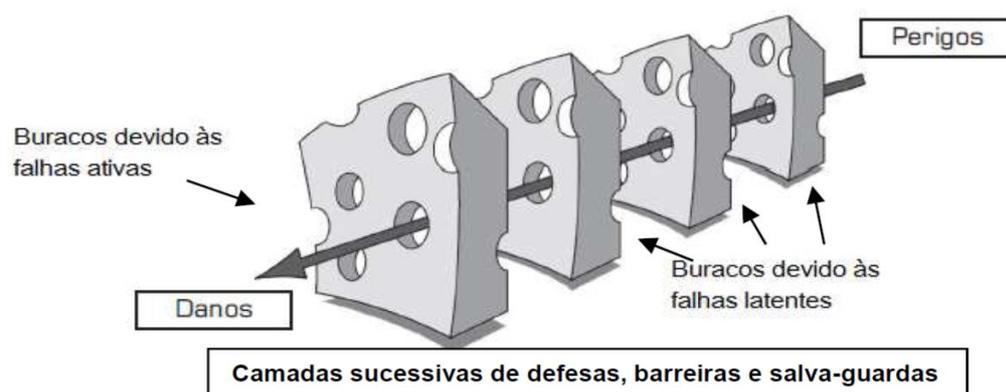
Na cultura justa, as pessoas percebem as diferenças de comportamento aceitável e não aceitável; na cultura de relato, as pessoas são encorajadas a falarem sobre seus erros e; na cultura de aprendizagem todos estão dispostos a aprender com os erros cometidos (FERNANDES et al, 2014).

Existe um forte conceito na sociedade de que profissional de saúde não erra e desde a graduação é repassado a errada noção de que “bons profissionais da saúde não erram” ou ainda de que “com bastante atenção no trabalho, não tem como haver erro”, no entanto, vale considerar que não se pode pensar em uma organização de saúde em que os profissionais não vão errar, mas cabe às instituições criar mecanismos para reduzir ao máximo possível esses erros e para evitar que eles atinjam o paciente (BRASIL, 2014).

Os erros podem ser resultado de ações, processos, produtos e até sistêmicos. A ocorrência desses erros em organizações de saúde pode ser consequência de um conjunto de fatores ao qual incluem, estratégias de organização, cultura da instituição, práticas de trabalho, abordagem da gestão de qualidade, prevenção de riscos e capacidade de aprendizagem a partir de erros (SOUSA; MENDES, 2019).

Cabe às instituições de saúde encontrar barreiras para que esses erros não cheguem até o paciente. As barreiras que podem ser implementadas pela gestão, são representadas pelo modelo de queijo suíço (Figura 1) (REASON, 2000), que alerta que quando não existem camadas de queijo (barreiras), os buracos se comunicam e o erro atinge ao paciente (BRASIL, 2014).

Figura 1: Modelo do queijo suíço de James Reason.



Fonte: Reason, 2000.

Nesse contexto, entendendo que é impossível eliminar os erros, se faz urgente a necessidade de potencializar as ações de segurança do paciente através do fortalecimento da cultura de segurança, partindo do pressuposto de que é através do conhecimento das dificuldades que se implantam as estratégias com foco no cuidado seguro (REIS, G.A.X. et al., 2019).

A forma de gestão de uma unidade de saúde tem grande impacto sobre a segurança do sistema assistencial. As condições de trabalho, os equipamentos, a forma de comunicação envolvida, os conhecimentos e as habilidades adquiridas são fatores altamente relevantes para a segurança e são diretamente afetados pelas decisões gerenciais (GAMA; SATURNO, 2013).

A cultura de segurança de uma instituição vai ser observada através das prioridades da gestão, uma vez que essas prioridades são absorvidas pelos trabalhadores da ponta, mantendo a equipe coordenada. Hudson (2003) adaptou um modelo de cinco etapas da maturidade da cultura de segurança, conforme descrito no quadro 5:

Quadro 5: Etapas da maturidade da segurança da cultura de segurança.

<b>Patológica</b>	A segurança é um problema causado pelos trabalhadores, onde os principais impulsionadores são os negócios e a preocupação de não ser pego por agentes reguladores.
<b>Reativa</b>	As organizações começam a levar a segurança a sério, mas as ações são reativas e acontecem apenas após os incidentes.
<b>Calculada</b>	A segurança é conduzida por sistemas de gerenciamento, com muita coleta de dados. A segurança ainda é impulsionada principalmente pela administração e imposta, em vez de buscada pelos profissionais.
<b>Proativa</b>	O envolvimento dos profissionais começa a ter atitudes proativas em relação à segurança do paciente, e a abordagem deixa de ser de cima para baixo.
<b>Participativa</b>	Há participação ativa em todos os níveis. A segurança é percebida como uma parte inerente do negócio.

Fonte: Hudson, 2003.

Embora a ocorrência de erros esteja sempre atrelada a condutas profissionais, se faz necessário entender que a cultura organizacional mostra grande impacto na segurança do paciente, assim, o conceito de cultura de segurança tem sido observado com ainda mais atenção, colocando as organizações também como foco no cuidado,

pois as gestões que melhor funcionarão serão aquelas que tenham desenvolvido uma maturidade da cultura de segurança (MANZO, 2009).

Uma instituição de saúde com cultura de segurança pobre é aquela onde a comunicação é fraca, que não incentiva o cuidado seguro e que culpa os colaboradores quando algo dá errado, desestimulando sua participação no processo (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2004).

As organizações que priorizam a hierarquia, o autoritarismo e a importância de grupos, dificilmente conseguem progressos em sua cultura. Já uma organização de saúde com cultura positiva é aquela em que os funcionários fazem o que dizem, trabalham bem em equipe pois têm confiança e objetivam reduzir erros (NEIVA; TORRES, 2007).

Além de todo esse processo, adicionam-se as características pessoais dos profissionais de saúde e ainda o próprio paciente, que também é fator determinante na prática do cuidado. O grande desafio de manter uma segurança do paciente forte em um serviço de saúde é justamente propor e vivenciar uma cultura de segurança que permita atender todas as ações da prática assistencial através de um cuidado seguro (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

Nessa perspectiva, as melhorias na segurança do paciente são alcançadas quando as instituições de saúde adotam uma cultura de segurança forte e essa busca provoca uma melhor consciência nos profissionais, compromisso ético e consequente aquisição de ações seguras para si e para os pacientes atendidos (ASPDEN et al, 2006).

Para que se fortaleça a cultura de segurança de uma instituição, é necessário que essa cultura seja internalizada em todos os sujeitos envolvidos no processo do cuidar, onde os profissionais precisam repensar sua forma de prestar assistência na saúde. Diante disso, os países mais desenvolvidos têm considerado a medição da cultura de segurança como uma prioridade na saúde (FIDELIS, 2011).

## **2.5 Métodos de avaliação da cultura de segurança do paciente**

Avaliar a cultura de segurança do paciente é o primeiro passo para se implementar uma cultura de segurança efetiva. É necessário entender o comportamento dos colaboradores além do que, só o ato de avaliar a cultura de

segurança de uma unidade, aumenta a consciência sobre a importância da promoção de um ambiente de cuidado mais seguro (SORRA; NIEVA, 2004).

A avaliação da CSP contribui para o reconhecimento da situação organizacional, sinaliza as oportunidades de melhorias existentes na unidade com o intuito de impulsionar a qualidade do cuidado na assistência e conseqüentemente a segurança do paciente, além de ser útil no monitoramento das intervenções implementadas, como método de avaliação (AZEVEDO et al, 2021).

A efetiva avaliação da CSP irá depender do envolvimento das partes interessadas, iniciando o processo de avaliação a partir da escolha da ferramenta adequada para a avaliação e utilizando métodos de coleta válidos. Atualmente existem várias ferramentas que são capazes de mensurar a CSP, como as listas de verificação, entrevistas estruturadas, avaliações de risco ambiental, análise de causa-efeito, dentre outras. No entanto, o método mais aplicado é o questionário de autopreenchimento, devido sua facilidade de aplicação e a rapidez na distribuição em grandes grupos (ANDRADE et al, 2018).

Os questionários de autopreenchimento baseiam suas respostas em uma combinação de dimensões e são estratégias reconhecidamente eficientes nestas avaliações, por serem anônimas e ainda por apresentarem custos mais reduzidos do que as pesquisas com abordagem qualitativa. Os modelos de questionários existentes vão se diferenciar quanto ao número de itens, dimensões e em relação à variação em propriedades psicométricas – validade e confiabilidade (SOUSA; MENDES, 2019).

A avaliação da cultura de segurança do paciente através do uso de questionários é feita através de cálculo de porcentagens de respostas positivas, determinando um ponto de corte, sendo possível classificar as dimensões fortes e as dimensões frágeis para cultura de segurança, sendo possível trabalhá-las posteriormente nas instituições (REIS, 2013).

Após a análise dos instrumentos de avaliação disponíveis, considerou-se que não há instrumento melhor ou pior, pois todos têm pontos fortes e fracos, devendo a instituição utilizar o que for mais apropriado (MACEDO, S., 2018). No entanto, concluiu-se que o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) é um dos mais utilizados em todo o mundo, pois reúne a maior quantidade de critérios psicométricos, apresentando um resultado mais adequado para as análises (AHRQ, 2010).

Outro instrumento disponível é o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) (SEXTON et al, 2006; COLLA et al, 2005), ferramenta desenvolvida por pesquisadores do *Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice*. Ele mensura a cultura de segurança da instituição a partir de percepções dos profissionais e possui seis domínios (LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2018).

Os dois instrumentos mais utilizados são o HSOPSC e o SAQ e estão elegíveis a responder esses instrumentos, os profissionais que atuam em hospitais, com contato direto ou indireto com pacientes, mas que as ações interferem na prática do cuidado. Esses instrumentos questionam a opinião dos entrevistados sobre pontos de vista chave relacionados à segurança, como valores, crenças, normas na organização, notificação de eventos, comunicação, liderança e gestão (SOUSA; MENDES, 2019).

No entanto, destaca-se que as pesquisas quantitativas não permitem mensurar os aspectos mais enraizados na cultura de segurança, assim, é recomendado a associação de outros meios para uma análise mais efetiva, que permita uma visão mais abrangente da instituição, como relatórios de notificação, indicadores de adesão a protocolos de segurança instituídos, entre outros. (NIEVA; SORRA, 2003).

Após a avaliação, as instituições precisam ser cautelosas com a implementação das melhorias, pois quando feitas de forma precipitada e mal planejada, podem prejudicar a cultura, caso as ações não sejam implementadas em tempo hábil, pois demonstra falta de compromisso e de liderança. Por isso, são propostas as seguintes etapas: 1) avaliar a cultura de segurança; 2) proporcionar educação científica em segurança; 3) identificar preocupações de segurança; 4) estabelecer parcerias de liderança com as unidades; 5) aprender com um defeito de segurança por mês e 6) reavaliar a cultura (HUANG, 2007).

Vale no decorrer do processo alinhar as expectativas e entender que as mudanças culturais não acontecem com rapidez e tão pouco com facilidade, não havendo um tempo certo para que isso ocorra, no entanto estima-se que possa levar acima de quatro anos para desenvolver uma cultura de segurança que seja percebida na unidade (NEIVA; TORRES, 2007).

Através da avaliação da CSP é possível identificar e gerir situações relevantes nas rotinas de trabalho, entender as percepções dos profissionais a respeito da segurança e identificar pontos fracos e fortes, implementando intervenções que fortaleçam a cultura na unidade (SORRA; NIEVA, 2004).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Estudo de corte transversal, de método misto, conduzida em duas etapas conectadas, a primeira quantitativa e a segunda qualitativa.

#### **3.2 Aspectos Éticos**

Esta pesquisa atendeu a todos os critérios de recomendação da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas com CAAE número: 48131821.2.0000.5020 e parecer consubstanciado no número: 4.903.352 (ANEXO A).

Somente após a aprovação pelo CEP foi iniciada a coleta de dados, foram garantidos o sigilo na identidade dos participantes e a retirada de seus dados em caso de solicitação. Todos os participantes foram informados sobre o problema investigado, o percurso e recursos metodológicos, assim como os riscos e benefícios da pesquisa. Diante do aceite foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e solicitado sua assinatura em duas vias, somente após a assinatura, foi entregue o instrumento de pesquisa.

#### **3.3 Características da amostra**

Foi realizada uma amostragem por conveniência, de forma a convidar a participar do estudo os profissionais que atuavam no setor e que atendiam aos critérios de inclusão. A pesquisa foi realizada com os profissionais da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, técnicos em farmácia, técnicos em radiologia, auxiliares administrativos) que exerciam suas atividades profissionais no centro cirúrgico do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto. Para a coleta dos dados foram considerados aqueles profissionais que estavam em contato direto com os pacientes internados e aqueles que não estavam em contato direto, desde que seu ofício afetasse de alguma forma o cuidado ao paciente no centro cirúrgico (supervisores, chefes e coordenadores).

### **3.4 Critérios de inclusão e exclusão**

#### **3.4.1 Inclusão**

- Profissionais da equipe multiprofissional de saúde que exerciam suas atividades laborais no centro cirúrgico com carga horária semanal mínima de 20 horas.

#### **3.4.2 Exclusão**

- Profissionais que estivessem de licença saúde, licença sem ônus, licença para capacitação ou licença maternidade durante o período da coleta de dados.

- Participantes que responderam menos de uma seção inteira do instrumento, responderam menos da metade dos itens de todo o instrumento em diferentes seções e os que apresentaram a mesma resposta em todos os itens, denotando, assim, que o participante não dispensou a atenção necessária ao preenchimento do instrumento.

### **3.5 Tamanho da amostra**

Inicialmente foi realizada uma consulta ao Departamento de Recursos Humanos da unidade em estudo, de acordo com os dados fornecidos a população inicial de estudo foi composta por 143 profissionais, distribuídos entre as diferentes categorias profissionais. Excluindo os participantes que se encontravam em algum tipo de licença e/ou que decidiram não participar do estudo restaram um total de 124 participantes, destes foram excluídos aqueles que atenderam ao critério de exclusão no quesito questionário, totalizando assim uma amostra final não probabilística de 119 profissionais.

### **3.6 Instrumento de coleta de dados**

Nesta pesquisa, com o intuito de analisar a CSP foi utilizado o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* - HSOPSC (Anexo B) criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* - AHRQ dos Estados Unidos em 2004 (FAMOLARO et al, 2010). Trata-se de um instrumento traduzido e validado para o português do Brasil por Reis (2013).

O HSPSC é composto por 53 itens construídos sobre o formato de Escala Likert, graduada em cinco pontos que refletem o grau de concordância, de 1 (discordo totalmente ou nunca) a 5 (concordo totalmente e sempre). O grau de segurança do paciente foi medido pelo instrumento em uma escala diferente dos demais itens, sendo avaliado por uma escala de 5 pontos de 1 (muito ruim) a 5 (excelente), sendo o número de eventos de segurança notificados nos últimos 12 meses, medido por respostas de “nenhuma notificação” a “21 ou mais notificações” (REIS, C.T., 2013).

Do total geral de itens, 42 avaliam a CSP, um item é aberto a comentários sobre a segurança do paciente e os demais itens referem-se a informações relativas à caracterização dos participantes.

A análise desse instrumento permite mensurar as 12 dimensões que compõem a CSP, sendo elas: D1: Trabalho em equipe dentro das unidades; D2: Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente; D3: Aprendizado organizacional – melhoria contínua; D4: Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente; D5: Percepção geral da segurança do paciente; D6: Retorno da informação e comunicação sobre erro; D7: Abertura para comunicação; D8: Frequência de eventos comunicados; D9: Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares; D10: Adequação de profissionais; D11: Transferências internas e passagem de plantão; D12: Resposta não punitiva ao erro.

### **3.7 Procedimentos**

#### **3.7.1 Operacionalização**

A coleta de dados aconteceu dentro do centro cirúrgico, com todos os pesquisadores devidamente paramentados, conforme as normas do setor, sendo realizada pelo autor e por uma aluna de iniciação científica da Universidade Federal do Amazonas. O período de coleta foi de agosto a setembro de 2021.

Abordamos individualmente os profissionais, quando estavam disponíveis, para convidá-los a participar da pesquisa. Nessa abordagem foram apresentados os objetivos, a importância, os riscos e benefícios, o instrumento e procedimento de coleta de dados da pesquisa, bem como esclarecidas as suas dúvidas. Nesse momento eles também foram informados que sua participação era voluntária, não remunerada, que não incorreria em prejuízos a sua integridade física, psicológica ou

financeira, bem como da preservação de sua identidade e da possibilidade de se retirar da pesquisa a qualquer momento se assim desejar.

Logo após seu aceite foi oferecido o TCLE e solicitada sua assinatura em duas vias. Aos profissionais que não estavam disponíveis durante a presença dos pesquisadores, a mesma oportunidade foi dada em três datas subsequentes.

Com o objetivo de esclarecer dúvidas, caso houvesse, os membros da pesquisa permaneciam no ambiente até a devolução do questionário pelo participante.

### 3.8 Análise dos dados

Para a primeira etapa do estudo, realizou-se a análise quantitativa. Os dados foram inseridos em uma planilha formato Microsoft® Excel® e depois analisados no software estatístico Programa *R* e *RStudio* (R STUDIO TEAM, 2019). Para a análise descritiva das variáveis, foram calculadas a proporção e frequência absoluta.

Para responder aos objetivos da pesquisa, além de técnicas básicas de análise exploratória dos dados, outras estratégias de análise estatística foram utilizadas. O coeficiente *Alpha de Cronbach* foi utilizado para avaliar a confiabilidade e a consistência dos dados produzidos pelo instrumento.

O coeficiente *alfa de Cronbach*, é um índice utilizado para medir a confiabilidade do tipo consistência interna de uma escala, ou seja, para avaliar a magnitude em que os itens de um instrumento estão correlacionados (STREINER, 2003). Também pode-se conceituar este coeficiente como a medida pela qual algum constructo, conceito ou fator medido está presente em cada item. Geralmente um grupo de itens que explora um fator comum mostra um elevado valor de alfa de Cronbach (ROGERS, SHMITI e MULLINS, 2002).

De acordo com Leontitsis e Pagge (2007), o alfa é estimado considerando-se  $X$  como sendo uma matriz do tipo  $(n \times k)$ , que corresponde às respostas quantificadas de um questionário. Cada linha da matriz  $X$  representa um indivíduo enquanto cada coluna representa uma questão. As respostas quantificadas podem estar em qualquer escala. Dessa forma, o coeficiente alfa de Cronbach é mensurado conforme a Equação:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[ \frac{\sigma_t^2 - \sum_{i=1}^k \sigma_i^2}{\sigma_t^2} \right]$$

Onde  $2 \sigma_i$  é a variância de cada coluna da matriz X, ou seja, é a variância relacionada a cada questão da matriz X, e  $2 \sigma_t$  é a variância da soma de cada linha da matriz X, ou seja, é a variância da soma das respostas de cada indivíduo. O autor observa que o valor de k deve ser maior que 1, para que não haja zero no denominador e n deve ser maior do que 1 para que não haja zero no denominador no cálculo do  $2 \sigma_i$  e do  $2 \sigma_t$ .

Para esse teste valores acima de 0.70 são considerados aceitáveis e quanto mais próximo de 1, mais confiável é o teste (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015).

A avaliação da cultura de segurança ocorreu por meio do percentual de respostas neutras, positivas e negativas obtidas em cada dimensão sobre cultura de segurança do paciente. Os resultados gerados permitiram identificar áreas frágeis e fortes da segurança do paciente e dividiram-se em potencial para a melhoria e pontos fortes da organização.

Foram consideradas “áreas fortes da segurança do paciente” no hospital aquelas cujos itens escritos positivamente obtiveram 75% de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”), ou aquelas cujos itens escritos negativamente, obtiveram 75% das respostas negativas (“discordo totalmente” ou “discordo”). Da mesma forma, foram consideradas “áreas frágeis da segurança do paciente” e que necessitam de melhoria aquelas cujos itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas. Os resultados entre 50% e menos de 75% foram considerados áreas em potencial para a segurança do paciente (FAMOLARO et al, 2010).

Após a análise dos dados quantitativos, realizou-se então a análise qualitativa, no intuito de identificar a percepção dos profissionais sobre a segurança do paciente e explorar os dados da etapa anterior. Para essa análise utilizou-se as respostas a questão discursiva do HSOPSC (seção I): “Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital”.

Todos os comentários da seção I foram transcritos na íntegra para um arquivo da Microsoft Word® e realizada análise de conteúdo, seguindo de Minayo (2014),

onde os discursos foram categorizados por temáticas, após realizou-se uma análise que buscou constituir o corpus do conteúdo e na sequência a categorização, respeitando os critérios de pesquisas qualitativas, interrelacionando com os objetivos da pesquisa.

Para a categorização das respostas levou-se em consideração as dimensões de cultura de segurança do paciente instituídas pelos autores do questionário HSOPSC (SORRA; NIEVA, 2004).

## 4 RESULTADOS

Nesse estudo foi avaliado a CSP na perspectiva de 119 profissionais da equipe multiprofissional do centro cirúrgico de um hospital de emergência no Estado do Amazonas, referência na região norte do Brasil.

Na tabela 1, é possível observar que, do total de participantes, sua maioria foi composta por profissionais do sexo feminino 73 (61,35%), com uma predominância na faixa etária de 31 a 35 anos (46,22%) e que tinham contato direto com os pacientes em suas atividades laborais (96,64%).

Quanto ao grau de instrução, 61(51,26%) afirmaram ter grau de especialistas e 23 (19,33%) relataram ter concluído o ensino médio. Com relação à categoria profissional, os técnicos de enfermagem foram os que mais preencheram os questionários, 53 (44,53%), seguido dos médicos assistentes/cirurgiões, 44 (36,97%). Com relação ao tempo de atuação profissional, evidenciou-se que a maior parte dos profissionais tinha entre 1 a 5 anos de trabalho, 67 (56,30%).

A Tabela 2 apresenta a distribuição das variáveis laborais relativas aos profissionais que atuam na unidade. Através dela foi possível apontar que, 70 (58,83%) trabalham no hospital do estudo por um período de 1 a 5 anos. Quando questionados sobre o tempo de atuação no centro cirúrgico, 59 (49,58%) informaram trabalhar lá de 1 a 5 anos, o que demonstra que a maioria dos funcionários iniciaram suas atividades já nesta unidade.

Em relação à carga horária de trabalho semanal, 75 (63,02%) informaram trabalhar de 20 a 39 horas por semana, 24 (20,18%) trabalham de 40 a 59 horas semanais e 20 (16,80%) trabalham 60 horas por semana ou mais.

Tabela 1: Distribuição das características sociodemográficas dos participantes. Manaus – AM, Brasil, 2021.

Variáveis	Total	%
<b>Sexo*</b>		
Feminino	73	61.35
Masculino	43	38.65
<b>Faixa etária*</b>		
< 25	09	7.56
25-30	10	8.40
31-35	55	46.22
36-40	14	11.78
41-45	13	10.92
46-50	14	11.76
> 50	04	3.36
<b>Grau de instrução</b>		
Médio Completo	23	19.33
Superior Incompleto	16	13.45
Superior Completo	15	12.60
Especialização	61	51.26
Mestrado/Doutorado	04	3.36
<b>Tempo em que trabalha na sua especialidade ou profissão atual *</b>		
1-5	67	56.30
6-10	19	16.00
11-15	11	9.24
16-20	16	13.44
> 20	06	5.02
<b>Cargo/função</b>		
Médico Assistente/Cirurgião	44	36.97
Enfermeiro	15	12.60
Técnico de enfermagem	53	44.53
Auxiliar de Enfermagem	03	2.52
Técnico (Radiologia, farmácia)	02	1.68
Auxiliar administrativo	02	1.68
<b>Contato direto com os pacientes*</b>		
Sim	115	96.64
Não	04	3.36

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. Manaus – AM, Brasil, 2021

\*Excluídos itens ausentes

Tabela 2: Distribuição das variáveis laborais relativas aos profissionais do centro cirúrgico. Manaus – AM, Brasil, 2021.

Variáveis	Total	%
<b>Tempo de trabalho nesse hospital</b>		
< 1	11	9.24
1 a 5	70	58.83
6 a 10	09	7.56
11 a 15	11	9.24
16 a 20	08	6.73
21 anos ou mais	10	8.40
<b>Tempo de trabalho na sua atual área/unidade</b>		
< 1	16	13.45
1 a 5	59	49.58
6 a 10	12	10.08
11 a 15	14	11.76
16 a 20	10	8.40
21 ou mais	08	6.73
<b>Carga horária semanal</b>		
20 a 39	75	63.02
40 a 59	24	20.18
60 ou mais	20	16.80

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. Manaus – AM, Brasil, 2021

Para a avaliar a confiabilidade do instrumento utilizado nesta pesquisa, utilizamos o teste estatístico *Alpha de Cronbach*. O resultado global da unidade foi de 0.70, demonstrando boa confiabilidade.

A tabela 3 apresenta o índice do *Alpha de Cronbach* em cada dimensão da CSP avaliada pelo HSOPSC. A dimensão “Frequência de eventos comunicados” obteve o maior índice de confiabilidade e a dimensão “Adequação de profissionais” o índice mais baixo.

Tabela 3: Distribuição do *Alfa de Cronbach* das dimensões do HSOPSC no centro cirúrgico. Manaus – AM, Brasil, 2021.

<b>Dimensões</b>	<b>Alpha</b>
D1: Trabalho em equipe dentro das unidades;	0.6049
D2: Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente;	0.5029
D3: Aprendizado organizacional – melhoria contínua;	0.5180
D4: Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente;	0.6393
D5: Percepção geral da segurança do paciente;	0.5006
D6: Retorno da informação e comunicação sobre erro;	0.7693
D7: Abertura para comunicação;	0.5034
D8: Frequência de eventos comunicados;	0.8833
D9: Trabalho em equipe entre as unidades;	0.5975
D10: Adequação de profissionais	0.4395
D11: Transferências internas e passagem de plantão	0.4577
D12: Resposta não punitiva ao erro.	0.4539

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. Manaus – AM, Brasil, 2021.

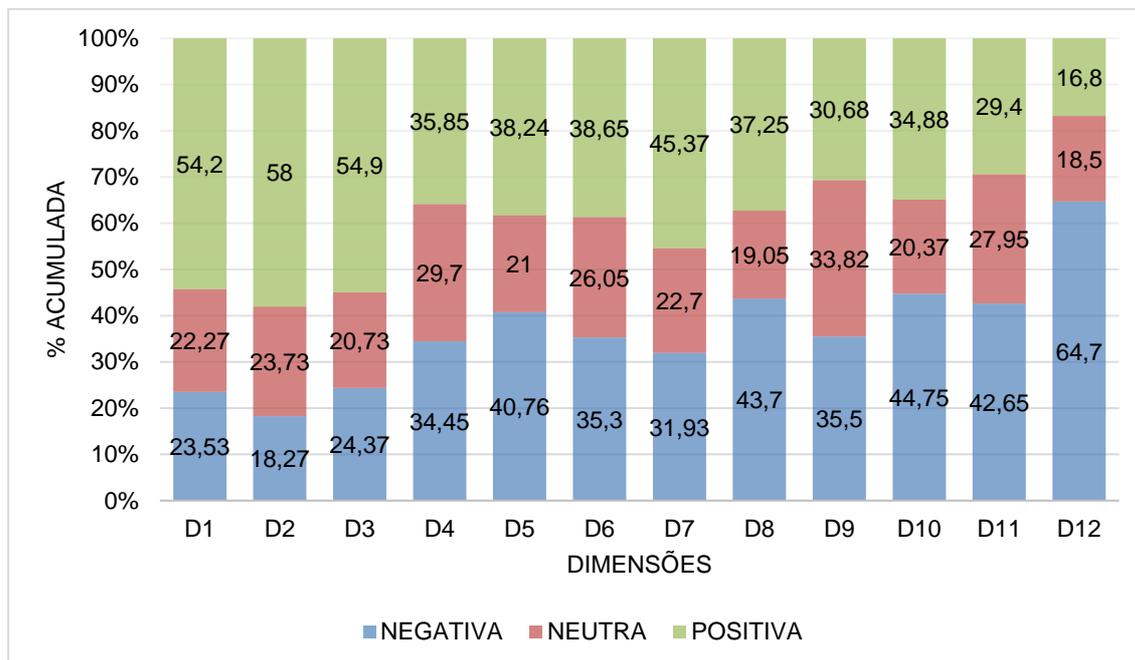
O Gráfico 1 apresenta o percentual de respostas negativas, neutras e positivas de cada uma das 12 dimensões da CSP, conforme o questionário HSOPSC. Esse gráfico representa as áreas frágeis, áreas com potencial e as áreas fortes para a segurança do paciente na unidade.

As dimensões de CSP avaliadas como potenciais para a segurança do paciente foram “Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente” (58%); Aprendizado organizacional – melhoria contínua (54,9%) e “Trabalho em equipe dentro das unidades” (54,2%).

As dimensões avaliadas como frágeis, ou seja, que obtiveram menos de 50% de percentual de respostas positivas, foram “Resposta não punitiva ao erro” (16,8%); “Transferências internas e passagem de plantão” (29,4%). “Abertura para comunicação” (45,35%); “Retorno da informação e comunicação sobre erro” (38,65%); “Percepção geral da segurança do paciente” (38,24%); “Frequência de eventos comunicados” (37,25%); “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” (35,85%); “Adequação de profissionais” (34,88%); “Trabalho em equipe entre as unidades” (30,68%); “Transferências internas e passagem de plantão” (29,40%) e “Respostas não punitivas ao erro” (16,80%)

Não foi encontrado neste estudo nenhuma dimensão que pudesse ser apontada como uma área forte para a CSP.

Gráfico 1: Distribuição do percentual de respostas negativas, neutras e positivas das doze dimensões da versão traduzida do HSOPSC do centro cirúrgico avaliado no estudo. Manaus – AM, Brasil, 2021.

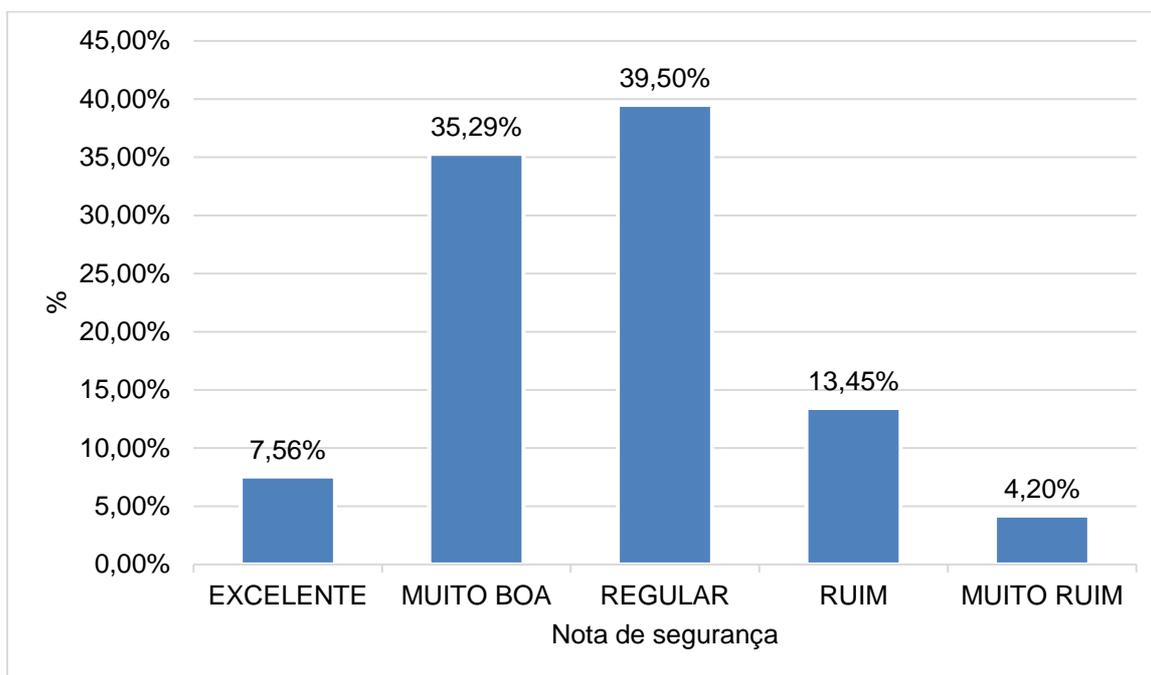


Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. Manaus – AM, Brasil, 2021

\* D1: Trabalho em equipe dentro das unidades; D2: Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente; D3: Aprendizado organizacional – melhoria contínua; D4: Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente; D5: Percepção geral da segurança do paciente; D6: Retorno da informação e comunicação sobre erro; D7: Abertura para comunicação; D8: Frequência de eventos comunicados; D9: Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares; D10: Adequação de profissionais; D11: Transferências internas e passagem de plantão; D12: Resposta não punitiva ao erro.

O grau de segurança do paciente foi avaliado através da resposta ao item “por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital” com opções de respostas que variavam de muito ruim a excelente. Do total de 119 participantes, 39,50% avaliaram a segurança do paciente como regular, 35,29% como muito boa, 17,65% como ruim a muito ruim e 7,56% avaliaram como excelente, conforme descrito no gráfico 2.

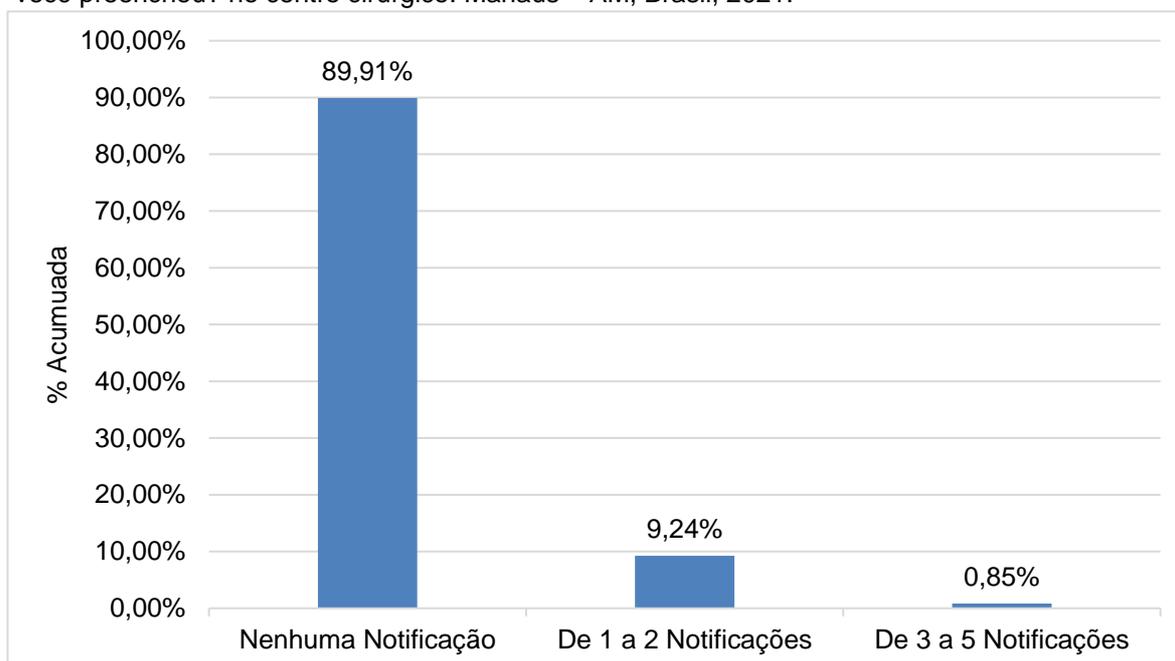
Gráfico 2: Distribuição das respostas ao item “Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital” no centro cirúrgico. Manaus – AM, Brasil, 2021.



Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. Manaus – AM, Brasil, 2021.

O gráfico 3, apresenta o resultado da pergunta “Nos últimos 12 meses quantas notificações de eventos você preencheu?”. Observa-se que 107 (89,91%) não realizaram nenhuma notificação de evento adverso, 11 (9,24%) notificaram 1 a 2 eventos e 1 profissional (0,85%) declarou ter notificado de 3 a 5 notificações.

Gráfico 3: Distribuição das respostas ao item: "Nos últimos 12 meses quantas notificações de eventos você preencheu? no centro cirúrgico. Manaus – AM, Brasil, 2021.



Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. Manaus – AM, Brasil, 2021

O último item do HSOPSC, trata do objeto qualitativo deste estudo. Do total da amostra da pesquisa, apenas 15 (12,60%) responderam o questionamento, ressalta-se aqui que durante a aplicação do questionário era informado que a resposta a questão era facultada. Os discursos que não foram possíveis categorizar foram excluídos da pesquisa.

Foram identificadas respostas correspondentes às dimensões: “Trabalho em equipe dentro das unidades”; “Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente”; “Aprendizado organizacional – melhoria contínua”; “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” e “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares”. A Tabela 4 apresenta os resultados da questão discursiva do questionário.

Tabela 4: Conteúdo das respostas à questão discursiva acerca da segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos no centro cirúrgico. Manaus – AM, Brasil, 2021.

<b>Dimensões do HSOPSC</b>	<b>Comentário sobre segurança do paciente</b>
Trabalho em equipe dentro das unidades	<p>“Trabalhamos em um hospital público, infelizmente não vejo comprometimento de todos os funcionários em relação à segurança do paciente. A grande maioria acredita que está fazendo um favor na prestação do serviço, assim, deixando seu serviço a desejar”.</p> <p>“Os nossos pacientes merecem receber de nós toda a atenção devida, mas infelizmente existem muitos profissionais que só estão nesta unidade pelo dinheiro e deixam muito a desejar e os pacientes acabam sofrendo as consequências”.</p>
Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente	<p>“Acredito que além da implementação é necessário tornar um hábito o uso dos protocolos”.</p>
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	<p>“Treinamento sistemático e supervisão são as chaves da excelência na segurança”.</p>
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	<p>“Percebo cultura de segurança muito frágil. Prontuário incompleto, não tem time out em salas de cirurgia, instrumentos necessários para manipulação de vias aéreas é escasso, não tem equipamentos para vias aéreas difíceis, o que afeta diretamente a segurança do paciente”.</p>
Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	<p>“A interação interprofissional e intersetorial não é padronizada e é variável”.</p>

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. Manaus – AM, Brasil, 2021.

## 5 DISCUSSÃO

Através da aplicação do questionário HSOPSC foi possível avaliar a cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico de um hospital estadual referência em emergências na região norte, através das 12 dimensões que compõem o instrumento.

Frente a caracterização do perfil dos profissionais de saúde que participaram do estudo, foi possível perceber um resultado semelhante ao encontrado em estudos realizados em centros cirúrgicos nas regiões nordeste e sul do Brasil, onde a maioria dos profissionais é do sexo feminino, também composta em maior número por técnicos de enfermagem, com faixa etária de 31 a 35 anos, tempo de atuação de até 5 anos na instituição e carga horária de 20 a 39 horas semanais (ABREU et al, 2019; BATISTA et al, 2019; LOPEZ et al, 2020; ROCHA et al, 2021).

A maior composição de técnicos de enfermagem como participantes da pesquisa pode ser entendida pelo fato dos profissionais da enfermagem se constituírem em maior número quando comparados com as demais categorias de profissionais da área da saúde. Ainda por questões culturais, o sexo feminino em maior quantidade é explicado por este ser o sexo predominante ainda em algumas categorias na área da saúde, como a Enfermagem (REIS, C.T., 2013).

Em relação ao tempo de trabalho na instituição, pesquisas realizadas em Teresina/Piauí e Minas Gerais encontraram resultados semelhantes (SILVA; CARVALHO, 2016; SERRANO et al, 2019). Esse indicador de tempo constitui-se de grande importância para a segurança do paciente, pois mostra a rotatividade alta de profissionais na unidade que, quando elevada, implica no comprometimento da continuidade do cuidado.

Apesar do instrumento HSOPSC apresentar uma boa confiabilidade geral, não foi possível obter os mesmos resultados em relação à confiabilidade das dimensões individualmente. Outros estudos também mostram essa diferença, como o estudo que reavaliou a versão brasileira deste instrumento e obteve resultados entre 0.45 e 0.91 (REIS, C.T., 2019) e o primeiro estudo realizado nos Estados Unidos pela AHRQ, onde foram encontrados valores entre 0.62 a 0.85. (SORRA; NIEVA, 2014).

Resultados semelhantes foram encontrados em Portugal (0.48 a 0.90) (EIRAS et al, 2014), Eslovênia (0.36 a 0.88) (ROBIDA, 2013) e na versão eletrônica brasileira do HSOPSC (0.53 a 0.87) (ANDRADE et al, 2017).

Não foi possível durante a análise da CSP no centro cirúrgico deste estudo identificar nenhuma área forte, a maioria foi avaliada como área frágil, entretanto três dimensões mostraram-se como potenciais para a segurança do paciente, apontando assim que a CSP não está estabelecida na unidade pesquisada.

Estudo realizado em uma capital do nordeste, apresentou apenas uma dimensão fraca, dez dimensões com potencial e uma forte (TAVARES et al, 2018) No sul do país, ao avaliar a CSP em três hospitais de alta complexidade no estado do Paraná, verificou-se que seis dimensões foram consideradas frágeis, já outro estudo realizado em um hospital geral, também no Sul do Brasil, apontou as doze dimensões como frágeis (SANCHIS et al, 2020; MINUZZI et al, 2016).

Em Teresina no estado do Piauí, estudo desenvolvido no centro cirúrgico de um hospital municipal, também não apresentou nenhuma dimensão como forte (ABREU et al, 2019). Percebe-se que a realidade de alguns hospitais brasileiros ainda mostra fragilidades que merecem ser trabalhadas e fortalecidas, sendo para isso necessário a criação de estratégias que fortaleçam a CSP no meio hospitalar.

Nesta pesquisa, as dimensões “Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente”, “Aprendizado organizacional – melhoria contínua”, e “Trabalho em equipe dentro das unidades”, foram as únicas que alcançaram a classificação de dimensões com potencial para CSP. O resultado assemelha-se com estudo realizado em Florianópolis, onde estas dimensões também foram avaliadas como potenciais e as demais como frágeis (MACEDO et al, 2016). Em um estudo americano desenvolvido em 680 hospitais gerais, as mesmas dimensões foram consideradas áreas fortes (FAMOLARO et al, 2016).

Pesquisa que avaliou a CSP em hospitais da Argentina, Brasil, Colômbia, México e Peru, incluindo 10.915 participantes, percebeu que as dimensões encontradas como potencial no centro cirúrgico da unidade, corresponde à realidade dos demais países (CAMACHO-RODRÍGUEZ et al, 2022).

A dimensão “Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente” avalia se os gerentes de unidades e supervisores consideram as sugestões que são dadas pelos funcionários com o intuito de melhorar a segurança do paciente e ainda se eles reconhecem a participação dos funcionários nos procedimentos de melhoria da segurança do paciente (REIS, C.T., 2013).

Estudo realizado em dois hospitais no estado do Paraná, sendo um público e o outro um privado, apresentou esta dimensão como frágil para a CSP (COSTA et al,

2018), enquanto uma pesquisa desenvolvida em São Luís, no Maranhão, apontou esta dimensão como área em potencial (CAMPELO et al, 2019), assemelhando-se aos resultados desta pesquisa. Na China estudo realizado em centros cirúrgicos de 19 hospitais apresentou forte cultura para essa dimensão (WANG; TAO, 2017).

Os funcionários da unidade estudada, percebem seus supervisores/chefes preocupados em melhorar a qualidade do cuidado, incentivando os funcionários a participarem efetivamente da gestão da segurança do paciente, já que a maioria afirma que suas considerações são aproveitadas e reconhecidas pelos gerentes e supervisores, mostrando-se assim abertos ao diálogo. Apesar dessa boa relação, esse panorama deve ser explorado, pois se mostrou como uma boa ferramenta para implementação do CSP mais forte.

A liderança é vista como essencial para o fortalecimento da CSP e costuma ser um ponto chave na criação e na promoção de um aprendizado organizacional, buscando compreender e extrair lições através dos erros, já que líderes que buscam aprender e melhorar os processos de cuidado a partir das experiências, criam a consciência da importância da segurança, promovendo ambientes de aprendizagem (ABREU et al, 2019).

Outra dimensão vista como potencial para a segurança do paciente foi o “Aprendizado organizacional – melhoria contínua”. Descrita como a busca para avaliar se na instituição existe a consciência do aprendizado através dos erros e se esses erros provocam mudanças positivas (REIS, C.T., 2013).

Em Santa Catarina, dois hospitais tiveram seus centros cirúrgicos avaliados e obtiveram um resultado de cultura de segurança com potencial para esta dimensão (FAGUNDES et al, 2021). Também na região Sul do Brasil, pesquisa em um hospital geral avaliou uma cultura fragilizada (MINUZZ; SALUM; LOCKS, 2016). Em contraponto, um centro cirúrgico de uma instituição privada e acreditada em São Paulo, obteve resultados de uma cultura forte (BOHOMOL; MELO, 2019).

Pesquisa realizada em 74 hospitais da Tailândia apresentou como resultado uma cultura forte para esta dimensão, mostrando que nas instituições pesquisadas existe a consciência do aprendizado por meio dos erros e os funcionários estão em constante desenvolvimento (WAGNER et al, 2013).

O resultado aqui apresentado mostra que o centro cirúrgico tem grande potencial para a melhoria da qualidade e da segurança, uma vez que os funcionários apontam o aprendizado como uma atitude importante para a prevenção de erros. A

instituição de saúde que consegue aprender com os erros, não procura punir e mantém diálogo aberto com os profissionais sobre isso, mostra que existe uma filosofia de progresso que permite o constante aperfeiçoamento (FAMOLARO et al, 2016).

A dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades” procura avaliar se os funcionários da unidade apoiam uns aos outros, se tratam com respeito e trabalham juntos como uma equipe. O nível de colaboração entre esses membros da equipe tem um impacto positivo na qualidade da prestação dos serviços (REIS, C.T., 2013).

Estudo realizado em centros cirúrgicos de três hospitais de Curitiba, na esfera federal, privada e estadual, verificou que os hospitais federal e estadual apontaram cultura potencial e o hospital privado apresentou uma CSP forte nesta dimensão (LOPEZ et al, 2020). Na China, estudo realizado em 7 hospitais do país, apresentou como resultado uma dimensão forte nestas unidades (FAMOLARO et al, 2016).

O presente estudo apresentou cultura em potencial nesta dimensão, mostrando que o trabalho em equipe é visto de maneira positiva pelos profissionais e eles entendem que este ato pode contribuir para harmonizar uma assistência compartilhada e de qualidade. A falta de harmonia entre os profissionais de uma unidade é uma das principais barreiras para se alcançar um cuidado seguro, dessa forma o trabalho em equipe deve ser priorizado para que haja continuidade do cuidado seguro ao paciente (MACEDO, 2018).

Das doze dimensões avaliadas, nove delas foram classificadas como frágeis, aqui percebe-se a necessidade de se aperfeiçoar essas dimensões para a criação de uma CSP mais sólida e forte no centro cirúrgico do hospital da pesquisa.

A dimensão com percentual de maior fragilidade na unidade foi “Respostas não punitivas aos erros”. Essa dimensão avalia a forma como os funcionários se sentem com relação aos erros cometidos, se eles imaginam que os erros cometidos por eles podem ser usados para puni-los de alguma forma ou se são mantidos em suas fichas funcionais (REIS, C.T., 2013).

Pesquisa realizada em um hospital privado na cidade de São Paulo apontou cultura frágil nesta dimensão (MELO et al, 2020). Em um hospital geral na região sudeste também foi identificado fragilidade nesta dimensão. (SERRANO et al, 2019). Na Palestina, em um hospital universitário, esta dimensão foi a que recebeu o índice mais frágil entre as demais (ZABIN et al, 2022).

Os profissionais do centro cirúrgico avaliado nesta pesquisa acreditam que existe na unidade a cultura da culpa e da punição. Isso demonstra fragilidade com relação à comunicação de erros, onde os funcionários percebem uma maior atenção para quem cometeu o erro e acreditam que relatar o erro o prejudicaria de alguma forma, assim evidencia-se que a cultura da culpa ainda é um desafio para o fortalecimento da CSP nesta instituição.

A cultura da culpa e o entendimento de responsabilizar o profissional por conta de seus erros é um fator que impede a identificação dos processos de trabalho que possam estar contribuindo para a causa desses eventos. Ela atrapalha o reconhecimento do erro por parte do profissional, desencoraja a notificação e conseqüentemente, impede o aprendizado a partir da ocorrência dos eventos cometidos (MINUZZ et al, 2016).

A fragilidade dessa dimensão faz coerência com o elevado número de profissionais que não realizaram nenhuma notificação de evento nos últimos doze meses. Esforços são necessários para modificar este cenário, já que como apontado anteriormente os profissionais deste centro cirúrgico veem o erro como uma possibilidade de aprendizado.

Outra dimensão avaliada como frágil foi a “Transferências internas e passagem de plantão” que avalia se as informações sobre os cuidados aos pacientes são passadas de forma efetiva, seja entre as unidades do hospital ou entre as passagens de plantão (REIS, C.T., 2013). Um hospital público de Fortaleza apresentou altos percentuais nesta dimensão, mostrando uma cultura em potencial (NETTO; SEVERINO, 2016). Em um hospital público universitário de São Paulo o baixo percentual indicou fragilidade em seu resultado (RIBEIRO et al, 2019). Numa perspectiva internacional, estudo realizado no Egito também indicou fragilidade, apontando indicativo de melhorias (ALI et al, 2022).

Foi possível verificar que os profissionais da unidade percebem que as informações sobre os pacientes não são passadas de forma efetiva, atestando uma falha na comunicação entre a equipe e entre as unidades. Por se tratar de uma unidade de centro cirúrgico referência na região norte do país, estratégias devem ser adotadas para melhoria, já que o ambiente de trabalho é caracterizado pelas transferências constantes de pacientes, seja entre as demais unidades ou entre outros hospitais.

Estabelecer estratégias de fortalecimento da comunicação, com informações específicas do paciente, é fundamental para o sucesso desse processo. A OMS elaborou estratégias que norteiam as unidades nesse processo de melhoria da comunicação na passagem de plantão e indica o modelo *Situation-Background-Assessment-Recommendation* (SBAR) como ferramenta (WHO, 2007). A mesma ferramenta é recomendada também pela *Join Commission International* e adotada internacionalmente nos serviços de saúde, possibilitando o desenvolvimento do pensamento crítico e consolidando habilidades de comunicação (LEE, 2021).

É necessário o investimento em estratégias de melhoria nos processos de passagem de plantão e de pacientes, pois esse momento pode provocar incidentes indesejados, independentemente de sua natureza. Esse momento deve ocorrer em local e momento adequado, com disponibilidade e atenção dos profissionais, com registro de itens importantes e comunicação efetiva (MOTA, 2018).

Outra dimensão avaliada como frágil foi “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares”. Esta dimensão avalia se as unidades do hospital pesquisado cooperam entre si com o intuito de prover um cuidado centrado e de alta qualidade para os pacientes (REIS, C.T., 2013).

Levantamento feito em hospitais brasileiros apontou que a fragilidade desta dimensão é encontrada com frequência (PIETRO; FONSECA; ZEM-MASCARENHAS, 2021). Em um centro cirúrgico de um hospital universitário da Espanha também foi apontado fragilidade nesta dimensão (FERRER; GINER, 2023). Na presente pesquisa, quando comparado ao resultado obtido na dimensão “Trabalho em equipe dentro da unidade”, que foi avaliada como área em potencial para CSP, percebe-se que os profissionais quando trabalham na mesma unidade, desenvolvem um trabalho cooperativo, diferente de quando trabalham com profissionais de outros setores.

Elementos como falta de colaboração entre os profissionais, falta de respeito e falta de comunicação efetiva, colocam em risco a segurança do paciente. Profissionais que exercem suas atividades de forma individual e não inter-relacionada, geram um ambiente de competição que está atrelado a cultura organizacional fraca, que geralmente é centralizada e rígida, não fornecendo uma atmosfera de trabalho interdisciplinar (TAVARES et al, 2018).

A dimensão “Adequação de profissionais” foi outra avaliada como fraca. Ela avalia se os profissionais da unidade são capazes de lidar com suas cargas de

trabalho e ainda se as horas de trabalho são suficientes para fornecer um atendimento com qualidade aos pacientes (REIS, C.T., 2013).

Profissionais de saúde de um hospital público no Acre apontaram um percentual baixo, indicando fragilidade nessa dimensão (SILVA et al, 2018). Um hospital universitário em Teresina apontou uma cultura potencial para segurança do paciente (TAVARES et al, 2018). Em 18 hospitais universitários do Irã também foram apontadas fragilidades nesta dimensão (RAEISSI; REISI; NASIRIPOUR, 2018).

Os profissionais do centro cirúrgico do local do estudo acreditam que as cargas de trabalho são excessivas e que as horas de trabalho e o quantitativo de profissionais na unidade é insuficiente para a realização de um cuidado de qualidade voltado para a segurança do paciente. Essa fragilidade pode estar relacionada ao fato de o centro cirúrgico ser referência para trauma, em uma região escassa de profissionais especializados, onde o número de cirurgias elevadas se dá pelo intenso número de pacientes advindos do interior do Amazonas, além dos pacientes da capital.

A sobrecarga de trabalho é apontada como uma das principais causas da ocorrência de eventos adversos (MINUZZ et al, 2016). Uma relação entre o dimensionamento do pessoal e a mortalidade intra-hospitalar foi realizada e apontou uma redução de até 7% no índice de mortalidade de pacientes em ambientes que contam com dimensionamento correto (REIS, G.A.X. et al., 2019).

Outra dimensão apontada como frágil foi “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”. O objetivo dessa dimensão é avaliar se a gestão da unidade hospitalar propicia um clima de trabalho que promova a segurança do paciente e se essa gestão demonstra que essa segurança é uma prioridade na instituição (REIS, C.T., 2013).

Pesquisa realizada em dois hospitais públicos de Santa Catarina apontou fragilidade nesta dimensão (MELLO; BARBOSA, 2013). Estudo realizado em oito instituições de São Paulo apontou uma cultura em potencial (SANTIAGO, 2014). Pesquisa realizada no centro cirúrgico de um hospital de trauma na Nigéria identificou uma cultura em potencial nesta dimensão, apontando que a cultura de segurança do paciente tem recebido apoio e envolvimento dos seus gestores (NWOSU et al, 2022).

O resultado aponta que os funcionários do centro cirúrgico do hospital, apesar de terem um bom relacionamento com seus supervisores, como já mencionado anteriormente, não percebem esforços da gestão do hospital em fortalecer a segurança do paciente, demonstrando pouco comprometimento da gestão.

O contato limitado dos profissionais com a gestão superior pode gerar uma percepção negativa, onde as atitudes da gestão serão evidenciadas por terceiros, como coordenação e supervisão, portanto é necessário se atentar a forma como as impressões estão sendo repassadas aos funcionários (MACEDO, 2018).

A segurança do paciente é fruto do elo gestão e profissionais, partilhando de atitudes e ações positivas em relação à segurança. As atitudes da gestão causam grande impacto na forma como os profissionais se comportam na gestão do cuidado. Os profissionais estão sempre propensos a cometer erros, mas esses são mais elucidados quando a gestão não está comprometida com a segurança do paciente, não dando atenção devida aos processos de trabalho, tornando-os complexos e mal elaborados (TOBIAS et al, 2016).

A dimensão “Frequência de eventos comunicados” foi avaliada como frágil na unidade. Se relaciona com os possíveis relatos de problemas de segurança do paciente ou ainda de eventos adversos e erros encontrados e corrigidos antes que afetem o paciente (REIS, C.T., 2013).

Pesquisa realizada em hospitais de Belo Horizonte apontou uma cultura de segurança frágil nesta dimensão (NOTARO et al, 2019). Estudo realizado no centro cirúrgico de um hospital privado em São Paulo verificou cultura potencial para essa dimensão (BOHOMOL; MELO, 2019). Um estudo realizado na Itália também apontou uma cultura fragilizada nesta dimensão, indicando que os funcionários ainda relutam a notificar os erros e os problemas na segurança do paciente que são identificados (BAGNASCO, 2018).

Entende-se aqui que os profissionais da unidade não costumam realizar a notificação de eventos adversos, impossibilitando a criação de estratégias para um cuidado centrado no paciente. O baixo percentual pode estar relacionado à cultura da culpabilização, demonstrando que os profissionais temem a notificação como um fator que o leve a punição.

Essa cultura deve ser substituída pelo incentivo à notificação, superando a cultura punitiva e gerando dados que possibilitarão uma cultura de segurança forte, através da implantação de ferramentas que se adequem a realidade da instituição (LEITÃO et al, 2013).

A dimensão “Percepção geral da segurança do paciente” avalia os sistemas e os procedimentos existentes na instituição no intuito de evitar a ocorrência de eventos adversos e ainda verifica a ausência de problemas de segurança do paciente dentro

da unidade (REIS, C.T., 2013). Nesta dimensão, o centro cirúrgico foi classificado como uma dimensão frágil.

Estudos realizados em hospitais do Irã apresentaram uma cultura de segurança com potencial para essa dimensão (KIAEI et al, 2016). Pesquisa realizada em um hospital de Florianópolis apontou uma cultura de segurança frágil, realidade semelhante foi encontrada em São Luís, onde a cultura para essa dimensão encontrava-se fragilizada (MELLO; BARBOSA, 2013; CÂMARA, 2016).

Os profissionais do local do estudo acreditam que as ferramentas e processos da unidade e as ações que estão sendo utilizadas para a segurança do paciente não estão sendo adequadas ou não estão sendo suficientes para prevenir a ocorrência dos erros.

Pesquisas que avaliam a equipe multiprofissional de uma unidade retratam melhor a segurança do paciente do local, uma vez que a percepção da segurança pode variar amplamente entre diferentes profissionais (WACHTER, 2013). Profissionais da saúde têm notado pouco comprometimento na melhoria dos sistemas organizacionais para estabelecimento de uma CSP (AHRQ, 2013).

Outra dimensão fragilizada na unidade é a dimensão “Retorno da informação e comunicação sobre erro”. Avalia a percepção dos profissionais da unidade, entendendo se eles relatam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias objetivando evitar erros futuros (REIS, C.T., 2013).

Pesquisas realizadas em centro cirúrgico no Paraná e em um hospital de Goiás, apresentaram cultura de segurança frágil nesta dimensão (BATISTA, 2019; SOUSA, 2019). Estudo em um hospital universitário no nordeste apresentou uma cultura em potencial (TAVARES et al, 2018). No contexto internacional, hospital no México apresentou cultura potencial (CASTANHEDA-HIDALGO et al., 2013). Os profissionais necessitam tomar conhecimento das ocorrências de erros e receber retorno sobre as modificações que forem implementadas, pois o fortalecimento da comunicação e a criação de laços de confiança entre os profissionais são importantes propriedades da CSP (ABREU et al, 2019).

Sendo o centro cirúrgico uma unidade crítica, torna-se imprescindível a aplicação de ferramentas e da institucionalização de uma cultura que possa identificar, comunicar e aplicar medidas para minimizar os danos da forma mais breve possível. Os profissionais da unidade do estudo ainda não têm uma percepção forte quando a

cultura da notificação e não enxergam mudanças de atitudes e melhorias por parte da gestão.

A dimensão “Abertura para comunicação” avalia se os funcionários do hospital conversam abertamente quanto aos erros que podem afetar o paciente e se eles sentem liberdade para questionar os profissionais em maior hierarquia (REIS, C.T., 2013). Esta dimensão foi avaliada como frágil na unidade, isso demonstra que há resistência ao diálogo sobre os erros por parte dos profissionais, provavelmente pelo foco ser centrado no autor do erro. Identificar fragilidades no que se refere a comunicação de erros pode fornecer subsídios importantes para o desenvolvimento de melhorias.

Pesquisa em hospital de São Luís avaliou uma cultura fraca para essa dimensão (CAMPELO et al, 2021). Resultado semelhante ao encontrado em um hospital geral na região centro-oeste (MACEDO, 2018). Estudo encontrado na Turquia apresentou uma cultura potencial para esta dimensão (BORDUR; FILIZ, 2010).

A comunicação é uma das competências chave para a segurança do paciente, uma vez que os profissionais precisam estar aptos para se comunicarem de forma efetiva com toda a equipe e com os pacientes, fortalecendo os relacionamentos e diminuindo consideravelmente as chances de erros (REIS, C.T., 2013).

Vale considerar que a comunicação é um componente necessário para alcançar resultados positivos em qualquer área cirúrgica e deve ser destacado o papel das lideranças que devem auxiliar no rompimento das barreiras para a comunicação dentro dos serviços, determinando parâmetros de comunicação eficaz (BATISTA et al, 2019).

Ao comparar este resultado com os resultados obtidos na dimensão “Resposta não punitiva ao erro”, entende-se que com a presença de fragilidades nestas dimensões, a medida de segurança do paciente pode ser deficiente e os eventos expostos podem estar sendo minimizados. É necessário incentivar que os profissionais atuem de forma proativa, contribuindo nos processos com suas ideias e sugestões, possibilitando o entendimento da corresponsabilidade pelas condutas implementadas. A estruturação de uma linguagem clara, estruturada e com metodologias apropriadas de comunicação é essencial para a CSP.

Percebe-se assim que no centro cirúrgico pesquisado os profissionais não sentem total liberdade para falarem quando se deparam com situações que possam

afetar negativamente o paciente, tão pouco se sentem à vontade para questionar ações de seus superiores.

Mesmo a instituição não apresentando áreas fortes para a segurança do paciente e ainda, reforçando áreas que estão críticas, grande parte dos profissionais que participaram da pesquisa classificaram a segurança do paciente na unidade como regular. Estudos brasileiros apontam resultados semelhantes, como o realizado em hospitais de alta complexidade no Paraná e em Goiás, também apresentando a nota regular como classificação entre a maioria (SANCHIS et al, 2020; MACEDO, 2018). Na Holanda os profissionais também enxergam problemas e classificam a segurança como regular (WAGNER et al, 2013).

Pesquisa realizada em um hospital público de São Luís, apontou que a maioria dos profissionais enxergam a segurança do paciente da unidade como muito boa (CAMPELO et al, 2021). Nos Estados Unidos da América, os profissionais também avaliaram o grau geral de segurança do paciente de suas unidades como muito boa (WAGNER et al, 2013).

A nota da segurança do paciente dada pelos profissionais pode estar relacionada diretamente ao perfil da unidade em que o centro cirúrgico está inserido. Unidades de urgência e emergência podem apresentar mais riscos para a concretização de um cuidado seguro, por conta de situações como: superlotação, alta carga de trabalho, escassez de recursos materiais e humanos e insatisfação profissional e de pacientes, fatores que comprometem a qualidade da assistência e aumenta o risco de erros e eventos adversos (ROCHA et al, 2021).

A segurança do paciente é percebida de formas diferentes entre os profissionais e essas diferenças ocorrem até mesmo dentro da mesma categoria profissional, estando ligadas principalmente às condições de trabalho destes profissionais, ao cargo e a qualificação (TOMAZONI et al, 2015). Ademais, sabe-se que diferenças sociais, políticas e econômicas determinam a avaliação de segurança do paciente. Países como China e Estados Unidos costumam avaliar de uma forma mais positiva, demonstrando que dispõem de uma segurança adequada (MIRA et al, 2020).

A pesquisa apontou ainda que a maioria dos participantes não realizou nenhuma notificação nos últimos 12 meses. O fato pode estar associado a subnotificações, o que gera um prejuízo a todo o sistema e não necessariamente aponta a realidade da frequência de eventos da instituição. Alto percentual de

profissionais que não relataram nenhum evento também foram encontrados em estudos de outras regiões do Brasil (CÂMARA, 2016; NOTARO et al, 2019; SANCHIS et al, 2020). Esse dado aponta que a prática da notificação ainda não está bem instituída na unidade, talvez pela falta da cultura de notificar ou ainda pela cultura punitiva.

A CSP preconiza que os eventos sejam notificados, a fim de permitir a análise das causas e possibilitar que medidas de educação preventivas sejam tomadas. Porém, para que isso ocorra é necessário que a cultura da punição frente ao erro seja modificada, evitando que o medo seja um impeditivo para sua realização (WACHTER, 2013).

Estudo realizado em um país da África relatou que mais de 70% dos profissionais não haviam notificado nenhum evento e apontou causas como: medo de perseguição, altas cargas de trabalho, desvalorização dos eventos adversos, esquecimento, falta de informação sobre como realizar a notificação de um evento e falta de retorno de informações quanto aos eventos notificados (AKOLOGO; ABUOSI; ANABA, 2019).

No Brasil, um estudo identificou 115 motivos para a ocorrência das subnotificações de eventos adversos, alertando a importância de se trabalhar a cultura justa, que não procura responsabilizar o profissional, mas sim identificar as fragilidades do sistema, ressaltando a importância de esclarecer aos profissionais os aspectos quanto à notificação, como: o que é, como e onde se realiza, além de empenhar esforços para tornar as notificações menos burocráticas (ALVES et al, 2019).

Do total de participantes do estudo, apenas 15 deles responderam à questão discursiva do instrumento, que era facultativa e não interferia na porcentagem de respostas positivas das dimensões. Verificando as proposições que foram deixadas pelos profissionais, percebeu-se que alguns deles não compreenderam o intuito da questão e deixaram informações que não foram possíveis de serem categorizadas, uma vez que não foi identificado adequação para a temática de segurança do paciente.

Os discursos que foram apresentados desvelam potencialidades e fragilidades da instituição na segurança dos pacientes e apresentam situações que atrasam uma CSP forte na unidade.

A avaliação quantitativa mostrou percentuais de respostas positivas mais elevados nas dimensões “Trabalho em equipe dentro das unidades”; “Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente” e “Aprendizado organizacional - melhoria contínua”. Em contrapartida, a avaliação qualitativa destacou fragilidades nestas dimensões.

Pesquisa envolvendo método misto de avaliação foi utilizada para avaliar a cultura de segurança do paciente em uma instituição europeia e apontou divergências nos achados de cada abordagem (GLEESON et al., 2020), assim como nesta pesquisa onde, enquanto a etapa quantitativa elucidou resultados com potencial em três dimensões, a etapa qualitativa evidenciou fragilidades nestas mesmas dimensões.

No que tange o trabalho em equipe na unidade e entre as unidades, os participantes afirmam que sentem dificuldades, apontando a necessidade de uma padronização do trabalho e da comunicação entre as unidades e ainda de uma melhor atenção e cuidado dos profissionais para com os pacientes, apontando a existência de uma cultura individualista e descomprometida por parte de alguns profissionais.

O bom relacionamento entre os profissionais da equipe de trabalho é essencial e contribui para a resolução mais rápida de possíveis problemas, assim, o trabalho em equipe precisa ser mais estimulado para que haja ajuda mútua no setor e entre as unidades, além de fortalecer o respeito entre os profissionais, oferecendo um cuidado de qualidade (SERRANO et al, 2019).

Abordagens que melhorem o trabalho em equipe podem ser adotadas, como por exemplo, treinamentos e dinâmicas de grupo que valorizem o desenvolvimento de competências para o cuidado seguro, uma vez que o centro cirúrgico é composto por equipes de várias categorias que se relacionam cotidianamente, se fazendo necessário encontrar o ponto de comunicação funcional entre elas (LACERENZA et al., 2018).

Na avaliação foi reforçado ainda que os profissionais reconhecem importância da educação continuada e do aprendizado com os erros, enfatizando a necessidade da realização de treinamentos de forma sistemática na unidade, além de uma melhor supervisão do trabalho, para atingir melhores resultados.

Nessa perspectiva, ressalta-se que para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente, profissionais e gestores em saúde devem estar comprometidos em proporcionar uma assistência de qualidade e segura para os

pacientes e para os profissionais, através da promoção do aprendizado organizacional e da melhoria contínua tanto nas práticas assistenciais quanto nas gerenciais, devendo visualizar a educação continuada como a chave para adesão a uma CSP forte (ROCHA et al, 2021).

O aprendizado organizacional e o trabalho em equipe são apontados como dimensões fundamentais no auxílio da gestão e de toda a equipe para estabelecer uma cultura de segurança do paciente sólida, reduzindo inclusive o tempo de internação dos pacientes, além de propiciar um ambiente de cuidado favorável (ZANELLI et al., 2023).

Os funcionários até reconhecem a implantação de protocolos de segurança, no entanto reforçam aqui a falta do compromisso da gestão e dos seus supervisores com a continuidade dos protocolos iniciados, enfatizando fragilidade da dimensão “Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente”.

Quando os líderes de uma unidade proporcionam um processo de trabalho voltado para a qualidade da assistência, os profissionais liderados se sentem motivados para desenvolver suas atividades com práticas voltadas para a segurança do paciente (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2016).

Relatos de falta de insumos e de instrumentos para segurança do paciente no ato cirúrgico, como o “*time out*”, foram relatados como empecilhos para a segurança do paciente, devendo ser encaradas como uma falha no apoio da gestão hospitalar.

As ações da gestão impactam diretamente na importância que a equipe atribui à segurança do paciente, assim, gestores comprometidos corroboram na melhoria da cultura de segurança do paciente, onde a equipe se sente amparada e estimulada a manter uma cultura justa e aberta para a comunicação (FERNANDES et al, 2021).

Como ponto forte desta pesquisa, destaca-se o fato dela ter sido realizada com toda a equipe multiprofissional do centro cirúrgico do hospital estudado e não apenas com uma categoria profissional como observado em outros estudos. Outro ponto que merece destaque foi a utilização de método misto, que por meio de duas abordagens complementares apontam os pontos críticos da CSP, contribuindo para fundamentar a tomada de decisão gerencial, priorizando a melhoria da segurança do paciente na unidade.

Como fator de limitação, apontamos o tempo dispensado para responder o questionário, além de alegações quanto a extensão do instrumento, já que os sujeitos

da pesquisa foram abordados em seu ambiente de trabalho, que é um local cheio de imprevistos. O pouco conhecimento quanto aos conceitos sobre segurança do paciente também foi limitador, no entanto, a pesquisa trouxe informações e momentos de reflexão para a equipe.

Vale destacar como fator limitante o fato de a cultura de segurança do paciente ter sido avaliada apenas no centro cirúrgico da unidade, demonstrando apenas a realidade daquele local e não necessariamente refletindo a cultura da organização como um todo. Sugere-se que a cultura de segurança deva ser investigada e expandida para as outras unidades do hospital.

## 6 CONCLUSÃO

Esta pesquisa possibilitou a avaliação da cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico de um hospital estadual do Amazonas, onde não foi possível identificar nenhuma área forte para a segurança do paciente.

O instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, apresentou uma boa confiabilidade e uma consistência interna, demonstrando assim que os resultados obtidos são confiáveis.

Ao classificar as doze dimensões da cultura de segurança do paciente percebemos que apenas “Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente”; “Aprendizado organizacional – melhoria contínua” e “Trabalho em equipe dentro das unidades” foram consideradas com potencial para segurança do paciente.

As dimensões “Resposta não punitiva ao erro”; “Transferências internas e passagem de plantão”. “Abertura para comunicação”; “Retorno da informação e comunicação sobre erro”; “Percepção geral da segurança do paciente”; “Frequência de eventos comunicados”; “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”; “Adequação de profissionais”; “Trabalho em equipe entre as unidades”; “Transferências internas e passagem de plantão” e “Respostas não punitivas ao erro” foram classificadas como áreas frágeis e que necessitam ser priorizadas, para que se obtenham uma melhora da cultura de segurança dentro do centro cirúrgico.

Apesar do alto índice de dimensões classificadas como áreas frágeis, os profissionais percebem em sua maioria a segurança do paciente como regular.

Foi possível identificar que 89,91% dos profissionais que participaram da pesquisa não realiza notificações de eventos adversos, provavelmente ocasionado por uma cultura de culpabilização.

## REFERÊNCIAS

ABREU, I. M. DE; ROCHA, R. C.; AVELINO, F. V. S. D.; GUIMARÃES, D. B. O.; NOGUEIRA, L. T.; MADEIRA, M. Z. A. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/zxZjZd3vY84xr8FvRj7htrr/?format=pdf> Acesso em: 03 mai. 2021;

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices**. Rockville: AHRQ; 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4781147/> Acesso em: 03 mai. 2021;

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Patient safety culture surveys**. Rockville: AHRQ; 2010. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/issue/hospital-survey-patient-safety-culture-2010-user-comparative-database-report> Acesso em: 10 mai. 2021;

AKOLOGO, A.; ABUOSI, A. A.; ANABA, E. A. A cross-sectional survey on patient safety culture among healthcare providers in the Upper East region of Ghana. **PloS one**, v. 14, n. 8, p. e0221208, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221208> Acesso em: 03 jun. 2023;

ALI, H.M.A; ABDUL-AZIZ, A.M.; DARWISH, E.A.F.; SWELEM, M.S.; SULTAN, E.A. Assessment of patient safety culture among the staf of the University Hospital for Gynecology and Obstetrics in Alexandria, Egypt. **The Journal of the Egyptian Public Health Association** , v. 97, n. 1, pág. 20 de 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36220933/> . Acesso em: 05 jun. 2023;

ALVES, M. DE F.T; CARVALHO, D.S. DE; ALBUQUERQUE, G.S.C. DE. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciência & saude coletiva** , v. 24, n. 8, pág. 2895–2908, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VZJJRXcjhPfY5vqCs4BMmFc/?lang=pt> Acesso em: 05 mai 2023

ANDRADE, L.E.L; LOPES, J.M; SOUZA, F. M. C. M. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão eletrônica. **Epidemiol.Serv.Saúde**, v.26 n.3,p.455-468, 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-26-03-00455.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2021

ANDRADE, L. E. L. DE; MELO, L. O. M. DE; SILVA, I. G. DA; SOUZA, R. M. DE; LIMA, A. L. B. DE; FREITAS, M. R. DE A.; BATISTA, M. Z; GAMA, A. DA S. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 26, n. 3, pág. 455-468, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/WWrcjrQH3r5LvwRKV3VbPSy/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 02 mai. 2023

ANDRADE, L.E.L.; LOPES, J.M.; FILHO, M.C.M.S.; JÚNIOR, R.F.V.; FARIAS, L.P.C.; SANTOS, C.C.M.; GAMA, Z.A.S. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, n. 1, pág. 161–172, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZdzPMjFXMpcmzSZTJ5bSSyB/abstract/?lang=pt> Acesso em: 01 mai. 2023

ASPDEN, P; WOLCOTT, J; BOOTMAN, J. L; CRONENWETT, L. R. COMMITTEE ON IDENTIFYING AND PREVENTING MEDICATION ERRORS; BOARD ON HEALTH CARE SERVICES; INSTITUTE OF MEDICINE. **Preventing medication errors: Quality chasm series**. Washington, D.C., DC: National Academies Press, 2006. Disponível em: <https://nap.nationalacademies.org/read/11623/chapter/1> Acesso em: 10 jun. 2023

BAGNASCO, A; SASSO, L. La cultura della sicurezza del paziente: un'indagine nell'area oncologica. **Scienze Infermieristiche**, p. 1–11, 2013. Disponível em: <https://www.infermiereonline.org/2013/05/23/la-cultura-della-sicurezza-del-paziente-unindagine-nellarea-oncologica/> Acesso em: 02 mai. 2023.

BATISTA, J; CRUZ, E.D.A; ALPENDRE, F.T; PAIXÃO, D.P.S.S; GASPARI, A.P; MAURICIO, A.B. Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/JpvK7dDXKQTSyRWyyMmdHff/?lang=pt> Acesso em: 02 mai. 2023

BEST, M.; NEUHAUSER, D. Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. **Quality and Safety in Health Care**, v. 13, n. 3, p. 233–234, 2004. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/8530362\\_Ignaz\\_Semmelweis\\_and\\_the\\_birth\\_of\\_infection\\_control](https://www.researchgate.net/publication/8530362_Ignaz_Semmelweis_and_the_birth_of_infection_control). Acesso em: 02 abr. 2023

BODUR, S; FILIZ, E. Validity and reliability of Turkish version of “Hospital Survey on Patient Safety Culture” and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. **BMC Health Services Research**, 2010. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/28>. Acesso em: 02 abr. 2023

BOHOMOL, E.; MELO, E.F. DE. Cultura de segurança do paciente em centro hospitalar: percepção da equipe de enfermagem. **Revista Sobecc**, v. 24, n. 3, pág. 132–138, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1021353> Acesso em: 10 mai. 2023

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Incidentes relacionados à assistência à saúde. **Resultados das notificações realizadas no NOTIVISA – Brasil, janeiro a dezembro de 2022**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/relatorios-atuais-de-eventos-adversos-dos-estados/brasil/view>. Acesso em: 10 jun. 2023

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>. Acesso em: 02 jun. 2021

\_\_\_\_\_. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 6. Brasília: ANVISA, 2016. Disponível em: [https://www.saude.go.gov.br/images/imagens\\_migradas/upload/arquivos/2017-09/2016-anvisa---caderno-6---implantacao-nucleo-de-seguranca.pdf](https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2016-anvisa---caderno-6---implantacao-nucleo-de-seguranca.pdf) Acesso em: 02 set. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução Nº 466/2012 versão 2012**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em 10 de julho de 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 529 de 1º de abril de 2013: **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 02 jun. 2021.

\_\_\_\_\_. MS. **Portaria No 1660, de 22 de Julho de 2019 do Ministério da Saúde**. Brasília: DOU, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/endemias.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2021

\_\_\_\_\_. **MS. RDC ANVISA 36/2013. Institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde.** Brasília: MS, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)  
Acesso em: 02 jun. 2021

\_\_\_\_\_. **MS. RDC ANVISA 51/2014. Dispõe sobre a Rede Sentinela para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.** Brasília: ANVISA, v. 2014, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0051\\_29\\_09\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0051_29_09_2014.html)  
>. Acesso em: 10 jun 2022

\_\_\_\_\_. **Portaria MS nº 2.095, de 24 de setembro de 2013.** Diário Oficial da União/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html)>. Acesso em: 19 jun. 2023.

\_\_\_\_\_. **Portaria MS nº1.377, de 9 de julho de 2013.** Diário Oficial da União / Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377\\_09\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html)  
Acesso em 20 jun. 2023

CAMACHO-RODRÍGUEZ, D.E.; CARRASQUILLA-BAZA, D.A.; DOMINGUEZ-CANCINO, K.A.; PALMIERI, P.A. Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, 2022, v. 19, n. 14380. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36361273/> Acesso em: 10 jun. 2023

CÂMARA, J.J.C. **Cultura de segurança do paciente na ótica da enfermagem em uma unidade de transplante renal** (Dissertação). São Luís, 2016. 106p.

CAMPELO, C.L; NUNES, F.D.O; SILVA, L.D.C; GUIMARÃES, L.F; SOUSA, S.M.A; PAIVA, S.S. Cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem no ambiente de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e03754, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34287484/> Acesso em: 10 jul 2022

CAMPELO, C. L.; DE SOUSA, S. DE M. A.; SILVA, L. D. C.; DIAS, R.S.; AZEVEDO, P.R.; NUNES, F.D.O.; PAIVA, S. DE S. P. Cultura de segurança do paciente e cuidado cultural de enfermagem. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 9, pág. 2500, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235048> Acesso em: 10 jul 2022

CASTANEDA-HIDALGO, H; HERNANDEZ, R.G; SALINAS, J.F.G; ZÚÑIGA, M.P; PORRAS, G.A; PÉREZ, A.A. Percepción DE la cultura DE la seguridad DE Los pacientes Por personal DE enfermería. **Ciencia y enfermería (Impresa)** , v. 19, n. 2, pág. 77–88, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000200008](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200008) Acesso em: 05 jun 2023

COLLA, J.B; BRACKEN, A.C; KINNEY, L.M; WEEKS, W.B. Medindo o clima de segurança do paciente: uma revisão de pesquisas. **Qualidade e segurança em saúde** , v. 14, n. 5, pág. 364-366, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16195571/> Acesso em: 05 jun 2023

COSTA, D.B; RAMOS, D; GABRIEL, C.S; BERNARDES, A. CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: AVALIAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. **Texto & contexto enfermagem** , v. 27, n. 3 de 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ZWcDcxB9zC5KzbdMPZQrWYF/> Acesso em: 09 jun 2023

DONABEDIAN, A. **La investigación sobre la calidad de la atención médica.** Salud Publica De Mexico, 1986.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality.** *Archives of Pathology & Laboratory Medicine.*, v. 114, p. 1115–1118, 1990.

EIRAS, M; ESCOVAL, A; GRILLO, I.M; SILVA-FORTES, C. The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: instrument validity and reliability. **Jornal internacional de garantia de qualidade em saúde** , v. 27, n. 2, pág. 111–122, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24745137/> Acesso em: 05 jun 2023

FAGUNDES, T.E; ACOSTA, A.S; GOUVEA, P.B; MASSAROLI, R; RANGEL, R.C.T; ANDRADE, P.D. Cultura de segurança do paciente em centro de emergência na perspectiva da equipe de enfermagem. **J. enfermeiras. saúde** , pág. 2111219510–2111219510, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1281980> Acesso em: 05 jun 2023

FAMOLARO, T.; YOUNT, N.; BURNS, W. Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente. In: **Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde** . Rockville, MD; Rockville, MD: Publicação AHRQ, 2016. Disponível em: [https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016\\_hospitalsops\\_report\\_pt1.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016_hospitalsops_report_pt1.pdf) Acesso em: 02 jun 2021

FAMOLARO, T.; YOUNT, N. D.; BURNS, W.; et al. **Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2010 User Comparative Database Report**. 2010. Disponível : <https://psnet.ahrq.gov/issue/hospital-survey-patient-safety-culture-2010-user-comparative-database-report> Acesso em: 02 jun 2021

FARIAS, C.C.P. Fundamentos de uma diretriz brasileira necessária ao avanço da qualidade em saúde e segurança do paciente. **Revista Acreditação: ACRED** , v. 6, n. 11, pág. 130–135, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5602117> Acesso em: 01 jul 2023

FERNANDES, A.R.R.A; FASSARELLA, C.S; CAMERINI, F.G; HENRIQUE, D.M; NEPOMUCENO, R.M; SILVA, R.F.A. Cultura de segurança no centro de emergência: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem** , v. 23, p. 65437–65437, 2021. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/65437> Acesso em: 15 jun 2023

FERNANDES, L.G.G; TOURINHO, F.S.V; SOUZA, N.L. DE; MENEZES, R.M.P. DE. CONTRIBUIÇÃO DE JAMES REASON PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE: REFLEXÃO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM **Revista de enfermagem UFPE on line** , v. 8, p. 2507–2512, 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9944> Acesso em: 02 mai 2022

FERNANDES, A. R. R. A. **O clima de segurança no centro cirúrgico de hospital universitário em tempos de pandemia da COVID-19. 2022**. 122 f. (Dissertação) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2022.

FERRER, F.; GUTIÉRREZ-GINER, M.I. Safety perception in the operating environment: The nurses' perspective versus that of the surgeons. **Heliyon** , v. 9, n. 1, pág. e12676, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36685413/> Acesso em: 15 jun. 2023

FIDELIS, R.E. **Cultura de segurança: perspectiva da equipe de enfermagem em unidade de emergência adulto**. 2011. 170 f. (Dissertação) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 170 p., 2011.

GAMA, Z.A.S.; SATURNO, P.J. A Segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: ANVISA; 2013.

GLEESON, L.L.; TOBIN, L.; O'BRIEN, G.L.; CROWLEY, E.K.; DELANEY, A.; O'MAHONY, D. Safety culture in a major accredited Irish university teaching hospital:

a mixed methods study using the safety attitudes questionnaire. **Ir J Med Sci.** v. 189(4). p. 1171-1178. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11845-020-02228-0>  
Acesso em: 08 set 2023

HEIDMANN, A; TRINDADE, L.F; SCHMIDT, C.R; LORO, M.M; FONTANA, R.T; KOLANKIEWICZ, A.C.B. Fatores contribuintes para a consolidação da cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar. **Escola Anna Nery** , v. 24, n. 1, pág. e20190153, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/jean/a/7yVPCnBjTG66pLxn7xfPjzN/?lang=en> Acesso em: 02 set. 2022

HOWELL, J.; AYANIAN, J. Ernest Codman e o sistema de resultados finais: um pioneiro dos resultados de saúde revisitados. **Journal of health services research & policy** , v. 21, n. 4, pág. 279–281, 2016. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1355819616648984?journalCode=hsrb> Acesso em: 10 jul 2022

HUANG, D. T; CLERMONT, G.; SEXTON, J. B.; KARLO, C. A.; MILLER, R. G.; WEISSFELD, L. A; ROWAN, K.M; ANGUS, D. C. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. **Medicina intensiva** , v. 35, n. 1, pág. 165-176, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17110876/>  
Acesso em: 01 jun. 2023

HUDSON, P. Applying the lessons of high risk industries to health care. **Quality and Safety in Health Care**, v. 12 Supl 1, n. suplemento 1, pág. 17-12, 2003. Disponível em: [https://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl\\_1/i7](https://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_1/i7) Acesso em: 12 jul 2023

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. v. 323. Washington (D.C.): 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To err is human: building a safer health system**. National Academy Press. Washington, 1999.

KAWAMOTO, A.M.; OLIVEIRA, J.L.C.; TONINI, N.S.; NICOLA, A.L. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais de um hospital universitário. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online** , v. 8, n. 2, pág. 4387–4398, 2016. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4530> Acesso em: 10 jun 2023

KIAEI, M.Z; ZIAEE, A; MOHEBBIFAR, R; KHOSHTARKIB, H; GHANATI, E; AHMADZADEH, A; TEYMOORI, S; KHOSRAVIZADEH, O; ZIEAEEHA, M. Patient safety culture in teaching hospitals in Iran: assessment by the hospital survey on patient safety culture (HSOPSC). **J Health Man & Info**, v. 3, n. 2, pág. 51–56,

2016. Disponível em: [https://jhmi.sums.ac.ir/article\\_42666.html](https://jhmi.sums.ac.ir/article_42666.html) Acesso em: 16 jun 2023

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. INSTITUTE OF MEDICINE. **To err is human: Building a safer health system**. Washington, D.C., DC: National Academies Press, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/> Acesso em: 20 jun 2021

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; MOLLA, S. To Err Is Human. **Medicine**, v. 126, n. November, p. 312, 1999.

LACERENZA, C.N.; MARLOW, S.L.; TANNENBAUM, S.I.; SALAS, E. Team development interventions: Evidence-based approaches for improving teamwork. **Am Psychol**. V. 73, n. 4, p. 517-531, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000295>. Acesso em: 05 set 2023.

LEE, J. Situation, Background, Assessment, and Recommendation Stepwise Education Program: A quasi-experimental study. **Nurse education today**, v. 100, n. 104847, p. 104847, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33744815/> Acesso em: 19 jun 2022

LEITÃO, I. M. T. DE A; OLIVEIRA, R. M; LEITE, S. DE S; SOBRAL, M. C; FIGUEIREDO, S. V; CADETE, M. C; Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. **Rev Rene**, v. 14, n. 6, p. 1073–1083, 2013. Disponível em: [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11307/1/2013\\_art\\_imtaleitao.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11307/1/2013_art_imtaleitao.pdf) Acesso em: 16 jun 2023

LEONTITSIS, A.; PAGGE, J. A simulation approach on Cronbach's alpha statistical significance. **Mathematics and Computers in Simulation**. v. 73, p. 336-340. 2007

LOPEZ, E.C.M.S.; CRUZ, E.D.A.; ALPENDRE, F.T; BATISTA, J. Cultura de segurança do paciente em unidades sanitárias de hospitais de ensino. **REME** , v. 24, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1096504> Acesso em: 19 jul 2022

LOPYOLA, C.M.D; OLIVEIRA, R.M.P. DE. Florence Nightingale e a arte de enfermagem: texto e contexto da Inglaterra Vitoriana. **Escola Anna Nery** , v. 25, n. 4, pág. e20200152, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/YRqgR7g4LSNQhPHCZY9ZGRK/abstract/?lang=pt> Acesso em: 20 jun 2023

LOURENÇÃO, D.C. DE A.; TRONCHIN, D.M.R. Clima de segurança em centro cirúrgico: validação de um julgamento para o cenário brasileiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, p. v20a10-v20a10, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47570> Acesso em: 18 jun 2023

MACEDO, T.R; ROCHA, P.K; TOMAZONI, A; SOUZA, S; ANDERS, J.C; DAVIS, K. A cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem da emergência pediátrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 5, pág. 756-762, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/DCgrxwSp8vyDVkkDVw7H9GS/?lang=en> Acesso em: 15 ju 2023

MACEDO, S. **Impacto do núcleo de segurança do paciente na cultura de segurança em um hospital especializado** [Dissertação] 2018. 122, CXXII f.

MELO, J.F; BARBOSA, S.F.F. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, p. a07–a07, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/38760> Acesso em: 03 mar. 2022

MELO, E.; BALSANELLI, A.P; NEVES, V.R; BOHOMOL, E. Cultura de segurança do paciente segundo profissionais de enfermagem de um hospital acreditado. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 41, p. e20190288, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/sRvsFRf43Yg7MLcqwKqw8yk/?lang=pt> Acesso em: 12 jun 2022

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2014.

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 enfermagem**, v. 25, n. 2, pág. e1610015, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Mnp97dqdZnwT7MFffCPqNbN/abstract/?lang=pt> Acesso em: 16 jun 2022

MINUZZI, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H.; AMANTE, L. N.; MATOS, E. Contribuições da equipe de saúde para a promoção da segurança do paciente em terapia intensiva. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/3nQSk9gtQYGT9v6P4mjgdR/?format=pdf&lang=en> Acesso em: 12 jun 2023

MIRA, J.J; CARRILLO, I; GARCÍA-ELORRIO, E; ANDRADE-LOURENÇÃO, D.C; PAVAN-BAPTISTA, P.C; FRANCO-HERRERA, A.L. What Ibero-American hospitals do when things go wrong? A cross-sectional international study. *Int J Qual Health Care*. 2020. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/32/5/313/5813849?login> Acesso em: 15 jul 2023

MOTA, G.C.H.F. **A percepção de profissionais de saúde sobre cultura de segurança do paciente em hospital universitário.** (Dissertação) Universidade de São Paulo; 2018.

NASCIMENTO, J.C; DRAGANOV, P.B. História da qualidade em segurança do paciente. *Hist. enferm., Rev. eletrônica* , p. 299–309, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1029032> Acesso em: 10 jul 2023

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. **Seven steps to patient safety An overview guide for NHS staff.** National Patient Safety Agency 2004, n. April, p. 1–26, 2004. Disponível em: <http://www.narhu.org/wp-content/uploads/2016/02/NRLS-0034A-seven-steps-pa-overview-2004-07-v1.pdf> Acesso em: 10 jun 2023

NEIVA, E.R; PAZ, M. DAS G.T. DA. Percepção de mudança organizacional: um estudo em uma organização pública brasileira. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 11, n. 1, pág. 31–52, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/6PCdhX4C4Mp6TNZd> Acesso em: 08 jul 2023

NETTO, F.C. DE B.; SEVERINO, F.G. Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino do Ceará. *Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)* , p. 334–341, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-831876> Acesso em: 05 jun 2023

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality & safety in health care*, v. 12 Suppl 2, n. Suppl 2, p. ii17-23, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765782/> Acesso em: 20 jun 2021

NIGHTINGALE, F. **Notes on Hospitals.** Third Edit ed. London: Harvard University Library, 1863.

NOTARO, K.A.M; MANZO, B.F; CORRÊA, A.R; TOMAZONI, A; ROCHA, P.K. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/r/lae/a/SKsvP6m9rBs9KgcPqSDQNQD/?format=pdf&lang=en>  
Acesso em: 24 jun 2023

NWOSU, A.D.G.; OSSAI, E.; AHAOTU, F.; ONWUASOIGWE, O.; AMUCHEAZI, A.; AKHIDENO, I. Patient safety culture in the operating room: a cross-sectional study using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) Instrument. **BMC health services research**, v. 22, n. 1, 2022. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08756-y>  
Acesso em 04 jul 2023

PAESE, F.; SASSO, G. T. M. D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto & contexto enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 302–310, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/KTRQqp9NbgQCGy6PHQhhVmr/?lang=en#ModalTutors>  
Acesso em: 02 jun 2023

PRIETO, M. M. N.; FONSECA, R. E. P. DA; ZEM-MASCARENHAS, S. H. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 74, n. 6, p. e20201315, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/X63tVszpZSqkDCtPWDPf8dP/?lang=en> Acesso em: 02 jun 2023

RAEISSI, P.; REISI, N.; NASIRIPOUR, A. A. Assessment of Patient Safety Culture in Iranian academic hospitals: Strengths and weaknesses: Strengths and weaknesses. **Journal of patient safety**, v. 14, n. 4, p. 213–226, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26192488/> Acesso em: 03 jun 2023

RAFTER, N.; HICKEY, A.; CONROY, R. M. The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals-a retrospective record review study. **BMJ quality & safety**, v. 26, n. 2, p. 111–119, 2017. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/26/2/111.info> Acesso em: 03 jun 2023

RAIMONDI, D.C.; BERNAL, S.C.Z.; OLIVEIRA, J.L.C.; MATSUDA, L.S. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 40, n. spe, p. e20180133, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/r/genf/a/ZQY357fz6cmbgCK9Mjpp4bK/?lang=pt>  
Acesso em: 03 jun 2023

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 320, n. 7237, p. 768–770, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/> Acesso em: 03 mar. 2023.

REIS, G.A.X.; OLIVEIRA, J.L.C.; FERREIRA, A.M.D.; VITURI, D.W.; MARCON, S.S.; MATSUDA, L.M. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 40, n. spe, p. e20180366, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/687N6SXJTd7cqhqNBXyMc4J/?format=pdf> Acesso em: 03 jun. 2023

REIS, C.T.; LAGUARDIA, J.; BARROS, C. G. DE; ANDREOLI, P. B. DE A.; MARTINS, M. Reliability and validity of the Brazilian version of the HSOPSC: a reassessment study. **Cadernos de saude publica**, v. 35, n. 8, p. e00246018, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4zTTkX8wzQWmDnmcXtK5MYN/?lang=en#> Acesso em: 10 jun. 2023

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cadernos de saude publica**, v. 28, n. 11, p. 2199–2210, 2012. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n11/19.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2023.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; VASCONCELOS, A. G. G.; MARTINS, M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. **Cadernos de saude publica**, v. 32, n. 11, p. e00115614, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7BJWGP9wWHk7gzjLFfM8Wyv/?lang=en#> Acesso em: 10 jun. 2023

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 ciências em saúde pública) - Escola Nacional em Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro, 2013

RIBEIRO, A.C.; NOGUEIRA, P.C.; TRONCHIN, D.M.R.; ROSSATO, V.; SERPA, L.F. CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM CARDIOPNEUMOLOGIA. **Texto & contexto enfermagem**, v. 28, p. e20180118, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/L5gbd8bygwdFszMnbpdqgcd/?lang=pt> Acesso em: 09 jun. 2023

ROBIDA, A. Hospital Survey on Patient Safety Culture in Slovenia: a psychometric evaluation. **International journal for quality in health care**, v. 25, n. 4, p. 469–475, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23736832/> Acesso em: 04 jul. 2023

ROCHA, R.C.; ABREU, I.M.; CARVALHO, R.E.F.L.; ROCHA, S.S.; MADEIRA, M.Z.A.; AVELINO, F.V.S.D. Cultura de segurança do paciente em centros cirúrgicos: perspectivas da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 55, p. e03774–e03774, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/188505> Acesso em: 10 jul. 2023

ROGERS, W. M.; SCHIMITI, M.; Mullins, M. E. Correction for unreliability of multifactor measures: comparison of Alpha and parallel forms approaches. **Organizational Research Methods**. v. 5, p. 184-199. 2002.

RSTUDIO TEAM. RStudio: Integrated Development for R. **RStudio**. 2019. Disponível em: <http://www.rstudio.com/>. Acesso em: 10 mai. 2022

SAMMER, C.E.; LYKENS, K.; SINGH, K.P.; MAINS, D.; LACKAN, N.A. What is patient safety culture? A review of the literature: Patient safety culture. **Journal of nursing scholarship**, v. 42, n. 2, p. 156–165, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20618600/> Acesso em: 04 jun 2022

SANCHIS, D.Z.; HADDAD, M.C.F.L.; GIROTTO, E.; SILVA, A.M.R. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 73, n. 5, p. e20190174, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/m4g7LphXYPgZdpPxR4fw4yD/> Acesso em: 04 jun 2023

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 49 Spec No, n. spe, p. 123–130, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/3MN5NgGrpLMHKxWpJJghHDN/abstract/?lang=pt> Acesso em: 05 jun. 2023

SANTIAGO, T.H.R. **Cultura organizacional para segurança do paciente em terapia intensiva: comparação de dois instrumentos Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) e Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)**. [Dissertação de Mestrado] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP. 2014.110p.

SERRANO, A.C.F.F.; SANTOS, D.F.; MATOS, S.S.; GOVEIA, V.R.; MENDOZA, I.Y.Q.; LESSA, A.C. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico. **REME rev. min. enferm**, p. e-1183, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1008332> Acesso em: 11 jun 2023

SEXTON, J.B.; HELMREICH, R.L.; NEILANDS, T.B. et. al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging

research. **BMC health services research**, v. 6, n. 1, 2006. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-44#citeas>  
Acesso em: 03 jul. 2023

SILVA, A.C.A.B.; ROSA, D.O.S. Cultura de Segurança do Paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enferm.** 2016; v. 21, n. 5. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45583>. Acesso em: 10 jul 2023

SILVA-BATALHA, E. M. S. DA; MELLEIRO, M. M. Patient safety culture in a teaching hospital: differences in perception existing in the different scenarios of this institution. **Texto & contexto enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 432–441, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/RWDYjcNjtmqczTYKhHHjtct/?lang=pt> Acesso em: 07 jul 2023

SILVA-BATALHA, E. M. S. DA; MELLEIRO, M. M. **Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem.** HU Revista, juiz de Fora, V. 42, n.2, p. 133-142, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2518/872> Acesso em: 06 set 2023

SILVA, G.M.; LIMA, M.V.M.; ARARIPE, M.C.; VASCONCELOS, S.P.; OPITZ, S.P.; LAPORTA, G.Z. Evaluation of the Patient Safety Culture in the western Amazon. **Journal of Human Growth and Development**, v. 28, n. 3, p. 307–315, 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822018000300012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822018000300012) Acesso em: 07 jul 2023

SILVA, M. R.; MATTOS, A. DE M. Ignaz Semmelweis e a febre puerperal: algumas razões para a não aceitação de sua hipótese. **Filosofia e História da Biologia**, v. 10, n. 1, p. 85-98, 2015. Disponível em: [https://www.abfhib.org/FHB/FHB-10-1/FHB-10-1-06-Marcos-R-Silva\\_Aline-M-Mattos.pdf](https://www.abfhib.org/FHB/FHB-10-1/FHB-10-1-06-Marcos-R-Silva_Aline-M-Mattos.pdf) Acesso em: 12 jul 2023.

SILVA, M. V. P.; DE CARVALHO, P. M. G. Cultura de segurança do paciente: atitudes dos profissionais de enfermagem de um serviço de pronto-atendimento. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 1, p. 1–12, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6771974> Acesso em: 10 jul 2023

SILVA, M.C.V.C. **Condições de Trabalho e Clima de Segurança dos operários da Construção de Edificações.** 100 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Faculdade Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte - MG, 2013

SORRA, J.; GRAY, L.; STREAGLE, S. et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. AHRQ Publication No. 18-0036-EF. Rockville, MD: **Agency for Healthcare Research and Quality**, 2018. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sops/qualitypatient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>. Acesso em: 20 jun. 2021

SORRA, J.S; NIEVA, V.F. **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf> Acesso em: 20 jun. 2021

SOUSA, J.C. **Cultura de segurança do paciente em um hospital regional goiano**. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiás (UFG), 2019

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2 ed.: Editora FIOCRUZ, 2019. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf> Acesso em: 10 jun. 2023

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment**. v. 80, n. 3, p. 217-222, 2003

TAVARES, A.P.M.; MOURA, E.C.C.; AVELINO, F.V.S.D.; LOPES, V.C.A.; NOGUEIRA, L.T. Patient safety culture from the perspective of the nursing team. **Rev Rene**, v. 19, p. 3152, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324054783004.pdf> Acesso em: 10 jul. 2023.

TOBIAS, G. C.; BEZERRA, A. L. Q.; PARANAGUÁ, T. T. DE B.; SILVA, A. E. B. DE C. Cultura de Segurança em hospitais de ensino: fortalezas e fraquezas percebidas por enfermeiros. **Rev enferm UFPE on line**, v. 10, n. 3, p. 1063–1070, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11059> Acesso em 10 jun. 2021

TOMAZONI, A.; ROCHA, P.K.; KUSAHARA, D.M.; SOUZA, A.I.J.; MACEDO, T.R. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. **Texto & contexto enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 161–169, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/5LTFVFzrWr8p53xr8n4fbCx/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 04 18 jun 2021

VOGT, S.; LOURENÇO, M.L. Identidade e cultura organizacional: o processo de identificação dos alunos de programas de pós-graduação stricto sensu em administração em instituições públicas e privadas. **Educ Ciência e Cult.** v. 22, n. 1, 2017. Disponível em: <http://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Educacao/article/view/2804>. Acesso em: 06 jul 2023

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente.** 2ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WAGNER, C.; SMITS, M.; SORRA, J.; HUANG, C.C. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. **International journal for quality in health care**, v. 25, n. 3, p. 213–221, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23571748/> Acesso em: 12 jul. 2023

WANG, M.; TAO, H. How does Patient Safety Culture in the surgical departments compare to the rest of the county hospitals in Xiaogan City of China? **International journal of environmental research and public health**, v. 14, n. 10, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28954427/> Acesso em: 12 jul. 2023

WASIELEWSKI, A. Guideline implementation: Minimally invasive surgery, part 1. **AORN journal**, v. 106, n. 1, p. 50–59, 2017. Disponível em: <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.aorn.2017.04.017> Acesso em 10 jul. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety.** Final Technical Report, 2009. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO\\_IER\\_PSP\\_2010.2\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf). Acesso em: 24 jun. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Communication During Patient Hand-Overs. Patient **Safety Solutions**, v. 1, n. 3, 2007. Disponível em: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety: Forward Programme.** WHO Library Cataloguing, 2004. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2023.

ZABIN, L. M.; ZAITOUN, R. S. A.; ABDULLAH, A. A. Patient safety culture in Palestine: university hospital nurses' perspectives. **BMC nursing**, v. 21, n. 1, 2022. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-022-00987-y> Acesso em: 07 jul. 2023.

ZANELLI, F. P.; MATIAS, P. C. M.; CARVALHO, C. A. DE; BARROS, C. M.; FARIAL, R. DE; SIMANA, G.; AMAROM, DE O. F. Cultura de Segurança do paciente: visão da equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e11399.2023> Acesso em: 07 set 2023.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “**Cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico em um hospital de emergência do Amazonas: perspectivas da equipe de saúde**”, cujo pesquisador responsável é Francisco Deyvidy Silva Oliveira, tendo como orientador o Professor Doutor Leonardo Pessoa Cavalcante e como participante, Ranna Abadias Pessoa.

Os objetivos do projeto são: Avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais que atuam diretamente na assistência no centro cirúrgico de um hospital da rede estadual de saúde de Manaus, Amazonas. Objetivos Secundários: Classificar a Cultura de Segurança do paciente a partir das dimensões do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*; Verificar os elementos com potencial para melhoria da segurança do paciente; Verificar os elementos fortes das dimensões em segurança do paciente; Criar e apresentar relatório para gestão, apontando pontos e estratégias de fortalecimento da cultura de segurança do paciente na unidade; Criar o Protocolo de Segurança do Paciente em Centro Cirúrgico do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto.

O(A) Sr(a) está sendo convidado por se enquadrar dentro do público da pesquisa (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) desempenhando suas funções no Centro Cirúrgico do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto e por suas atividades estarem diretamente ligadas à assistência ao paciente ou aqueles que não estão em contato direto (supervisores e coordenadores), mas cujas funções afetam diretamente o cuidado dos mesmos.

São esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: levantamento de informações sobre a cultura de segurança vigente na unidade de saúde do profissional, indicando os pontos fortes e as áreas que necessitam de melhorias; subsidiando estratégias para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente e qualidade da assistência em saúde oferecida.

Caso aceite participar, sua participação consiste em preencher o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, questionário simples de perguntas fechadas que leva até 15 minutos para preenchimento em seu local de trabalho. As respostas passarão por criteriosa análise estatística e ajudarão na efetivação dos objetivos desta pesquisa, além de serem publicados ao final do estudo.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. A participação nesta pesquisa expõe o sujeito a riscos, que poderá ocorrer pela geração de algum incômodo quando estiver preenchendo o questionário, como o possível constrangimento em revelar informações acerca de seus dados sociodemográficos, perfil profissional e necessidade de aprendizagem. Recordamos aqui que em nenhum momento estes dados serão divulgados e você tem ainda total liberdade para não responder questionamentos que gere esse desconforto.

Também são esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: levantamento de informações sobre a cultura de segurança vigente na unidade de saúde do profissional, indicando os pontos fortes e as áreas que necessitam de melhorias; subsidiando estratégias para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente e qualidade da assistência em saúde oferecida.

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

A participação nesta pesquisa não irá lhe gerar nenhuma despesa, tanto quanto nenhuma remuneração. Mas caso sinta-se lesado de alguma forma, cabe ressarcimento perante acordo mediado pela justiça.

Garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica, tendo ainda o direito de desistir da pesquisa em qualquer fase e sem prejuízo nenhum.

O(A) Sr(a). pode entrar em contato com o pesquisador responsável Francisco Deyvidy Silva Oliveira, a qualquer tempo para informação adicional no endereço Avenida Mário Ypiranga, 1581 - Adrianópolis, Manaus - AM, 69057-000, pelo telefone (92) 98267-1002 ou pelo e-mail: enferdeyvidyoliveira@gmail.com.

O(A) Sr(a). também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em

sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a)., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

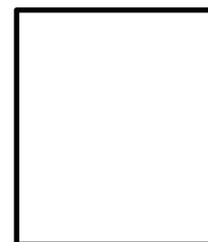
Li e concordo em participar da pesquisa.

Manaus-AM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IMPRESSÃO  
DACTILOSCÓPICA

---

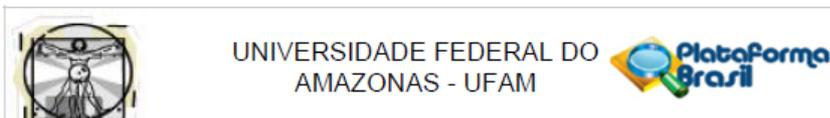
Assinatura do Participante



---

Assinatura do Pesquisador Responsável

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.903.352

Investigador	PROJETO_DETALHADO2.pdf	15/07/2021 19:09:33	OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	15/07/2021 19:08:45	FRANCISCO DEYVIDY SILVA OLIVEIRA	Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	15/07/2021 19:07:48	FRANCISCO DEYVIDY SILVA OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/06/2021 18:46:21	FRANCISCO DEYVIDY SILVA OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	07/06/2021 18:45:56	FRANCISCO DEYVIDY SILVA OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	07/06/2021 18:45:44	FRANCISCO DEYVIDY SILVA OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_SES.pdf	07/06/2021 18:43:53	FRANCISCO DEYVIDY SILVA OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	07/06/2021 18:42:46	FRANCISCO DEYVIDY SILVA OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	07/06/2021 18:33:34	FRANCISCO DEYVIDY SILVA OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 13 de Agosto de 2021

Assinado por:  
Eliana Maria Pereira da Fonseca  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 4950  
Bairro: Adrianópolis CEP: 69.067-070  
UF: AM Município: MANAUS  
Telefone: (92)3305-1181 E-mail: cep.ufam@gmail.com

## ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

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

#### Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe**

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

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

**SEÇÃO C: Comunicação**

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

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

**SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados**

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

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

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

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

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

**SEÇÃO F: O seu hospital**

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

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

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

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

**SEÇÃO G: Número de eventos notificados**

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

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

**SEÇÃO H: Informações gerais**

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

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Qual o seu grau de instrução:

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

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

9. Indique o seu sexo:

- a. Feminino       b. Masculino

**SEÇÃO I: Seus comentários**

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

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.