

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVIDEO NUNES DE BARROS
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

AUGUSTA LAÉZIA VELOSO

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE POR
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR**

PICOS – PIAUÍ
2018

AUGUSTA LAÉZIA VELOSO

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE POR
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Monografia submetida à coordenação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvidio Nunes de Barros, no período de 2018.2, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientadora: Profa. Dra. Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos.

PICOS – PIAUÍ
2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí

Biblioteca José Albano de Macêdo

V443a Veloso, Augusta Laézia

Avaliação da cultura de segurança do paciente por profissionais de enfermagem no contexto hospitalar / Augusta Laézia Veloso – 2018.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (54 f.)

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2019.

Orientador(A): Profa. Dra. Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos.

1. Cultura Segurança do paciente. 2. Enfermagem. 3. Administração Hospitalar. I. Título.

CDD 346.031

AUGUSTA LAÉZIA VELOSO

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE POR
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Monografia apresentada ao Curso de
Enfermagem do Campus Senador
Helvídio Nunes de Barros, da
Universidade Federal do Piauí, como
parte dos requisitos necessários para
obtenção do Grau de Bacharel em
Enfermagem

Data de aprovação: 04/12/2018

BANCA EXAMINADORA:

Sarah Nilkece Mesquita Araujo Nogueira Bastos

Prof. Dra. Sarah Nilkece Mesquita Araujo Nogueira Bastos
Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI - CSHNB
Presidente da Banca

Francisco Gilberto Fernandes Pereira

Prof. Me Francisco Gilberto Fernandes Pereira
Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI - CSHNB
2º. Examinador

Jayne Ramos Araujo Moura

Prof. Me Jayne Ramos Araujo Moura
Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI - CSHNB
3º. Examinador

Dedicatória,

À Deus,

À minha mãe,

Josefa Cília de Jesus Veloso, por estar sempre ao meu lado e ser meu maior incentivo e exemplo de determinação e força.

Ao meu pai,

José Laércio Veloso (in memoriam), por ter me ensinado o quão é importante os estudos e por ter sido minha fonte de inspiração.

AGRADECIMENTOS

Após muitas batalhas enfrentadas, finalmente a conquista da minha tão sonhada graduação se concretiza. Momento único, carregado de muita alegria.

Agradeço a Deus por ter me dado força, ânimo e crença para não desistir e continuar lutando por este sonho e objetivo de vida.

À minha mãe, Josefa Cilia de Jesus Veloso, por ser meu maior exemplo de força e determinação, e por todo incentivo durante esses anos. Nos momentos difíceis de pensamentos negativos e desejos de desistências, você se manteve ao meu lado, persistindo, me apoiando e não me deixando fraquejar. Abdicou-se de projetos pessoais para seguir ao meu lado em busca do meu sonho.

Ao meu pai, José Laércio Veloso (*in memoriam*), apesar de não estar presente fisicamente, deixou o seu apoio e seus incentivos para essa conquista. Você foi e sempre será o meu maior exemplo e o meu anjo da guarda. Esta conquista é nossa.

Aos meus familiares, Abdon Laeldo, Cideli de Jesus, Lourival Ribeiro, Maria das Mercês, Gerceline Ribeiro, Mailane Gomes e um amigo em especial por toda a confiança depositada, obrigada pelo apoio e incentivo através de gestos e palavras a superar todas as dificuldades.

À enfermeira Rakel Monteiro, por me acolher e me proporcionar a oportunidade de fazer aquilo que amo e escolhi como minha profissão, contribuindo com ensinamentos na minha formação profissional e humana.

À minha amiga Ediana Moura por compartilhar comigo momentos únicos, angústias, alegrias e vitórias ao longo da graduação e da vida e à Marciane Rodrigues por todo o apoio e parceria durante esta jornada.

Aos amigos e colaboradores deste projeto, Katiane Michele, João Matheus, Maria Karolayne, obrigada por todo apoio e dedicação.

À minha orientadora, professora Doutora Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos, pelo esforço gigante com muita paciência e sabedoria, por acreditar na minha capacidade e não desistir de mim e por oferecer ferramentas para a minha evolução.

Aos membros da banca examinadora, que dedicaram seu tempo na avaliação do presente estudo e no aperfeiçoamento do mesmo.

RESUMO

Introdução: Ao longo dos anos a vulnerabilidade e a insegurança do paciente têm se tornado uma importante discussão no meio científico e assistencial, sugerindo a necessidade emergente de uma mudança na forma de trabalho dos serviços de saúde pautada na cultura de segurança do paciente. **Objetivo:** Avaliar a cultura de segurança do paciente de um serviço hospitalar público do Nordeste do Brasil, na perspectiva dos profissionais de Enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa, desenvolvido em um Hospital público de média complexidade, localizado na região Nordeste do Brasil, no período de março a novembro de 2018. A amostra foi composta por 75 profissionais de enfermagem. O instrumento de coleta de dados foi o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), desenvolvido e disponibilizado pela *Agency Healthcare Research and Quality* (AHRQ) em 2004. Foram avaliadas pelos profissionais, por meio do instrumento, as dimensões: vínculo organizacional, relação com o superior, comunicação e serviço hospitalar, por meio de uma escala Likert de cinco pontos que variava de muito ruim a excelente e que determinou ao fim uma média. A frequência percentual de cada dimensão foi calculada e classificada em áreas de força para a segurança do paciente, como positivas, neutras e negativas. Ademais, os profissionais pontuaram a nota de segurança do paciente do serviço. A análise se deu por meio de estatísticas descritivas (média, desvio padrão) e inferencial (Teste Qui-quadrado para as dimensões de segurança do paciente; Testes de Mann Whitney e de Spearman para a relação entre a nota de segurança do paciente e variáveis independentes do estudo). O projeto foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, como o número de protocolo: 2.838.351. **Resultados:** Participaram do estudo 54 (72,0%) técnicos de Enfermagem e 21 (28,0%) enfermeiros. Observou-se uma maior proporção de respostas negativas sobre segurança do paciente, por parte das duas categorias profissionais, em todas as dimensões analisadas, seja vínculo organizacional, relação com o superior, comunicação e serviço hospitalar. Na análise das quatro dimensões juntas, pelos profissionais, somente 7,0% das respostas foram consideradas positivas. Os enfermeiros consideraram a nota de segurança do paciente superior a dos técnicos de enfermagem (p-valor 0,000). As notas de segurança ruins também se associaram a uma maior carga horária de trabalho semanal (p-valor 0,000) e a uma maior frequência de notificações de *near miss* (p-valor 0,000) ou incidentes (p-valor 0,000). **Conclusão:** Conclui-se que a cultura de segurança do paciente do serviço na perspectiva de profissionais de enfermagem como negativa e na instituição prevalece uma cultura punitiva. **Descritores:** Cultura. Segurança Do Paciente. Enfermagem. Administração Hospitalar.

ABSCTRAT

Introduction: Over the years, patient vulnerability and insecurity have become an important discussion in the scientific and care setting, suggesting the emerging need for a change in the way health services work based on the patient safety culture. **Objectives:** To evaluate the patient safety culture of a public hospital service in the Northeast of Brazil, from the perspective of nursing professionals. **Methodology:** This is an exploratory, descriptive study of a quantitative approach, developed in a public hospital of medium complexity, located in the Northeastern region of Brazil, from March to November 2018. The sample consisted of 75 nursing professionals. The instrument of data collection was the *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) questionnaire, developed and made available by Agency Healthcare Research and Quality (AHRQ) in 2004. The professionals were evaluated, through the instrument, the organizational bond dimensions, relationship with the superior, communication and hospital service, through a five-point Likert scale. The percentage frequency of each dimension was calculated and classified into areas of strength for patient safety, such as positive, neutral and negative. In addition, the professionals punctuated the safety note of the patient of the service, also by means of a Likert scale with five strata, that varied from very bad to excellent and that determined at the end an average. The analysis was based on descriptive statistics (mean, standard deviation) and inferential (Chi-square test for patient safety dimensions; Mann Whitney and Spearman tests for the relationship between the patient's safety score and independent variables of the study). The project was authorized by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí, as protocol number: 2,838,351. **Results:** 54 (72.0%) nurses and 21 (28.0%) nurses participated in the study. A greater proportion of negative patient safety responses were observed in all dimensions analyzed, in all dimensions analyzed, such as organizational link, relationship with superior, communication and hospital service. In the analysis of the four dimensions together, by the professionals, only 7.0% of the answers were considered positive. The nurses considered the safety note of the patient superior to that of the nursing technicians (p-value 0.000). Bad security notes were also associated with a higher weekly workload (p-value 0.000) and a higher frequency of near miss (p-value 0.000) or incident (p-value 0.000) notifications. **Conclusion:** It is concluded that the patient safety culture of the service from the perspective of nursing professionals as negative and in the institution prevails a punitive culture. **Descriptors:** Culture. Patient safety. Nursing. Hospital administration.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

- FIGURA 1** Força para a segurança do paciente, conforme dimensões, na perspectiva de profissionais de enfermagem de um Hospital Regional do Nordeste do Brasil. **27**
- GRAFICO 1** Avaliação da nota de segurança do paciente, na perspectiva de profissionais de enfermagem de um Hospital Regional do Nordeste do Brasil. **28**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Características sociodemográficas e profissionais de profissionais de enfermagem de um Hospital Regional do Nordeste do Brasil.	23
Tabela 2.	Percentual de respostas positivas dos profissionais de enfermagem sobre cultura de segurança do paciente, conforme a dimensão vínculo organizacional, de um Hospital Regional do Nordeste do Brasil.	24
Tabela 3.	Percentual de respostas positivas dos profissionais de enfermagem sobre cultura de segurança do paciente, conforme a dimensão relação com seu superior.	25
Tabela 4.	Percentual de respostas positivas dos profissionais de enfermagem sobre cultura de segurança do paciente, conforme a dimensão comunicação.	25
Tabela 5.	Percentual de respostas positivas dos profissionais de enfermagem sobre cultura de segurança do paciente, conforme a dimensão “serviço hospitalar”.	26
Tabela 6.	Relação entre as médias das notas de segurança do paciente e categoria profissional.	28
Tabela 7.	Relação entre a Nota de Segurança do paciente e tempo de atuação profissional no serviço.	28
Tabela 8.	Relação entre Nota de Segurança do paciente e tempo de atuação profissional na especialidade.	29
Tabela 9.	Relação entre Nota de Segurança do paciente e carga horária de trabalho semanal no serviço.	29
Tabela 10.	Relação entre Nota de Segurança do paciente e número de notificações de eventos adversos notificadas pelo profissional nos últimos 12 meses.	29
Tabela 11.	Relação entre Nota de Segurança do paciente e frequência de notificações de <i>near miss</i> e incidentes.	30

LISTA DE SIGLAS

AHRQ	<i>Agency Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
EUA	Estados Unidos
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
<i>IOM</i>	<i>Institute of Medicine</i>
NSP	Núcleos de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RIENSP	Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente
SADT	Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS	14
2.1	Geral.....	14
2.2	Específico.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	A segurança do paciente no Mundo e no Brasil	15
3.2	Cultura de Segurança do Paciente e seus principais aspectos	17
4	METODOLOGIA	19
4.1	Tipo de Estudo	19
4.2	Local e período do estudo	19
4.3	População e amostra	19
4.4	Coleta de dados	20
4.5	Tratamento e análise dos dados	21
4.6	Aspectos éticos	22
5	RESULTADOS	23
6	DISCUSSÃO	31
7	CONCLUSÃO	35
	REFERÊNCIAS	36
	APÊNDICE	40
	APÊNDICES A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	41
	ANEXOS	43
	Anexo A - <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)</i>	44
	Anexo B – Termo de anuência – Hospital Regional Justino Luz	49
	Anexo C – Parecer do Comitê de Ética	50

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos a vulnerabilidade e a insegurança do paciente têm se tornado uma importante discussão no meio científico e assistencial, visto que os eventos adversos vêm se acentuando nas instituições hospitalares representando graves problemas de saúde pública e sugerindo a necessidade emergente de uma mudança na forma de trabalho dos serviços de saúde pautada na cultura de segurança do paciente.

A Cultura de Segurança pode ser definida como valores, atitudes, práticas, políticas e comportamentos da equipe, instituição e do paciente, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar o cuidado em saúde. Para que esta tenha uma cultura de excelência é necessário que seja baseada na confiança mútua, convicção na efetividade de medidas preventivas, educação em saúde fundamentada nas necessidades da equipe e percepções compartilhadas da importância de segurança (BRASIL, 2013a; TOMAZONI et al, 2014; WEGNER et al,2016).

Estudo realizado em 2013 revelou que a estimativa de mortes prematuras associadas a danos evitáveis decorrentes ao cuidado hospitalar estão entre 210.000 e 400.000 americanos por ano, e no Brasil, 66% dos eventos adversos são considerados evitáveis (JAMES, 2013; BRASIL, 2016;). Estudo realizado em instituições de saúde do Nordeste no ano de 2017 avaliou que o nível de cultura de segurança é abaixo do ideal, indicando fragilidade, embora os profissionais demonstrassem satisfeitos com seu trabalho (CARVALHO et al., 2017).

Diante da preocupação mundial com a Segurança do Paciente a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em parceria com o Ministério da Saúde e outras entidades criaram regulamentações e portarias que a normatizassem, entre elas a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N° 36/2013 (BRASIL, 2013a) e a portaria N° 529 de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2013b).

Wegner, et al (2016) e Batalha e Melleiro (2016) concordam que para haver um amadurecimento das organizações de saúde é preciso mudar a atual concepção das falhas envolvidas no processo de cuidado, embora, que não seja uma tarefa fácil, pois exige comprometimento dos profissionais e da gestão hospitalar. O importante é que a equipe entenda que um erro, causando ou não consequências para o paciente, pode ser utilizado para prevenir a possibilidade de exposição aos riscos e assim seja estimulada uma cultura baseada na prevenção dos eventos adversos visando antever riscos e prevenir incidentes.

Neste contexto tem-se dado ênfase a cultura de segurança, pois esta é um requisito essencial para reduzir os eventos adversos. Os profissionais de saúde são responsáveis por

executar ações que garantam qualidade do cuidado, sendo imprescindível que desenvolvam suas funções de maneira eficaz, aliando conhecimento técnico, científico, domínio da tecnologia, a humanização e a individualização do cuidado.

A fim de compreender as percepções e atitudes dos profissionais relacionados à cultura de segurança e acreditando na relevância da temática, o presente estudo buscou responder o seguinte problema de investigação: Como se apresenta a cultura de segurança do paciente em um Hospital público, segundo profissionais de enfermagem? Esta avaliação permitirá a identificação dos pontos problemáticos segundo a percepção da equipe de enfermagem, possibilitando intervenções voltadas aos profissionais que possam melhorar a qualidade do cuidado e garantir maior confiança entre a equipe e gestão, além de permitir o monitoramento das políticas adotadas pela gestão hospitalar.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a cultura de segurança do paciente de um serviço hospitalar público do Nordeste do Brasil, na perspectiva dos profissionais de enfermagem.

2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes do estudo;
- Analisar as respostas dos profissionais de enfermagem, quanto à força de segurança do paciente do serviço, nas dimensões: vínculo organizacional, relação com superior ou chefe, comunicação e serviço hospitalar;
- Avaliar a nota de segurança do paciente do serviço, na perspectiva de profissionais de enfermagem;
- Relacionar a variável dependente com as variáveis independentes.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A segurança do paciente no Mundo e no Brasil

Segurança do Paciente pode ser definida segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) como a redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, a um mínimo aceitável (WHO, 2009). Na definição de Duarte et al (2015) quando o erro ou incidente é interceptado antes de atingir o paciente ou não causa danos é chamado de near miss, já quando atinge o paciente mas não causa danos é denominado de incidente sem dano e quando resultam em dano são nomeados de eventos adversos. Na concepção de Minnuz, Salum e Locks (2016) é dever de toda instituição de saúde reduzir a probabilidade da ocorrência de danos aos pacientes advindos da prestação de assistência à saúde.

Este tema ganhou relevância no mundo, a partir da divulgação do relatório publicado em 1999 pelo *Institute of Medicine (IOM) to Err is Human: Building a Safer Health Care System*, que pontuou resultados de pesquisas indicando a incidência de eventos adversos nos EUA. De acordo com este relatório cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítimas de danos evitáveis, além do prejuízo estimado em 17 a 29 bilhões de dólares anuais devido à longa permanência decorrente dos eventos (KOHN et al, 2000). Esta publicação alertou os profissionais de saúde e a sociedade sobre os erros que envolvem o cuidado e os danos que podem atingir os pacientes e influenciou o início do movimento mundial sobre a segurança do paciente (CALDANA, et al, 2015).

Considerando os estudos que tratam sobre os danos causados a pacientes, a partir de 2004, a OMS e outras entidades buscaram desenvolver políticas e estratégias mundiais que visassem à melhoria da segurança dos cuidados. Desta forma, elaborou-se em 2004, o projeto *The World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para Segurança do Paciente) com o objetivo de alertar para a melhoria da segurança do paciente e traçar metas e objetivos de alcance de qualidade (BRASIL, 2016).

No Chile, em 2005, a Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no intuito de fortalecer o cuidado seguro, criou a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP) com o objetivo de traçar tendências e prioridades na Segurança do Paciente e discutir cooperação e intercâmbio de informações entre os países e necessidades de fortalecimento do cuidado de enfermagem (CALDANA, et al, 2015; KOLANKIEWICZ, et al, 2017).

Em 2008, no Brasil, após a criação da RIENSP, foi formada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) com a finalidade de fortalecer o

cuidado, ensino, pesquisa, gestão, educação, entre outros. A REBRAENSP se baseia na convicção de que o trabalho em redes supõem a solidariedade, confiança e respeito pelos conhecimentos e experiências, tendo como propósito principal disseminar informações e conhecimentos relacionados à área de enfermagem e segurança do paciente, visando à divulgação das atividades desenvolvidas pelos Polos/Núcleos e das políticas nacionais e mundiais (CALDANA et al, 2015; WEGNER et al, 2016; KOLANKIEWICZ et al, 2017).

Com o propósito de ajudar a transformar a realidade da segurança do paciente no Brasil, foi criado em 2011 o Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente, que tem como objetivo de minimizar danos desnecessários a pacientes hospitalares, ou seja, reduzir os eventos adversos baseando – se nas práticas de segurança do paciente através de uma atuação multidisciplinar, com foco no paciente (IBSP, 2018).

Para legitimar os esforços internacionais e nacionais em prol da segurança do paciente, o Ministério da Saúde do Brasil desenvolveu regulamentações que garantissem a qualidade do cuidado, entre elas estão a portaria 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o PNSP, com a intenção de contribuir com a qualificação da assistência em saúde, estabelecer um conjunto de protocolos básicos de segurança do paciente definidos pela OMS e implantar gestão de risco e Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013c)

No mesmo ano publicou-se outra regulamentação, a RDC nº. 36 de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e estabelece a obrigatoriedade de implantação do NSP em serviços de saúde. O NSP é definido como a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. Para o seu funcionamento deve ser adotado princípios e diretrizes, dentre os quais pode - se citar: a disseminação sistemática da cultura de segurança e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (BRASIL. 2013a).

Em 2013, o Ministério da Saúde também lançou a portaria nº 2095 de setembro, que aprova os protocolos básicos de segurança do paciente (BRASIL, 2013b). Entre eles estão: Cirurgia Segura, Identificação do Paciente, Prática de Higiene das mãos, Prevenção de Quedas, Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos, Úlcera por Pressão.

Até o momento, foram publicados três desafios globais para segurança do paciente no mundo, quais sejam: primeiro desafio focou as infecções relacionadas com a assistência à saúde; o segundo foi direcionado a atenção para os fundamentos e praticas da segurança cirúrgica e o terceiro desafio teve como tema “Uso Seguro de Medicamentos”. O Brasil nesse processo, a partir da chancela da ANVISA, vem desenvolvendo em seu território

a expansão das iniciativas em segurança do paciente, com vistas a reduzir a incidência de eventos adversos, bem como aprimorar a qualidade do cuidado.

3.2 Cultura de Segurança do Paciente e seus principais aspectos

A existência dos NSP nas instituições de saúde, regulamentada pela RDC N° 36, fomentou a disseminação dos princípios de segurança no cuidado e conseqüentemente a propagação sistemática da cultura de segurança do paciente (BRASIL, 2013a).

O desenvolvimento de uma cultura foi uma das recomendações do IOM e é uma das primeiras estratégias para melhorar a segurança do paciente na instituição de saúde, a qual pode ser definida como sendo o produto de valores e padrões de comportamento individuais e de grupo, que determinam o compromisso de uma gestão (SANTIAGO, TURRINI, 2015).

Aceitar a possibilidade de ocorrer um erro, comunicá-lo e notifiá-lo são atitudes consideradas positivas em prol do desenvolvimento da cultura de segurança do paciente. À medida que os eventos adversos são registrados, há maior chance de corrigir e evitar a ocorrência, mas para isso é imprescindível a presença de uma cultura não punitiva (WEGNER, et al 2016).

Estudo realizado por Minuzz, Salum, Locks (2016) identificou que 77,59% dos profissionais de saúde tinham a percepção de que a segurança do paciente nas unidades hospitalares apresentava problemas e 79,32% apontaram que em algumas situações, a segurança do paciente é colocada em risco para atender a alta demanda de trabalho. Batalha e Melleiro (2016) em pesquisa com o objetivo de avaliar a percepção de trabalhadores de enfermagem de um hospital acerca da cultura de segurança do paciente revelou que 58,3% dos participantes concordam que a administração hospitalar só prioriza a segurança do paciente após a ocorrência de um evento adverso e nota-se que estes são subnotificados, seja por incidentes que não ocasionaram danos ao paciente, seja até mesmo por incidentes que provocaram danos.

Para que uma equipe de saúde se torne coesa é importante que haja envolvimento de seus membros e estes precisam se sentir responsáveis pelo sucesso além de se empenhar para manter as relações de cooperação por meio de estabelecimento de objetivos mútuos compartilhados com comunicação aberta, reconhecimento e apoio recíproco. Assim para uma instituição ter uma cultura de segurança de excelência é necessário haver motivação do grupo de trabalho, encorajamento por parte da gestão, condições e um enfoque em desenvolver a identidade institucional e as relações de parceria entre os membros (BATALHA; MELLEIRO, 2016).

Estudo feito por Silva e Rosa (2016) em um hospital de grande porte no Estado da Bahia demonstrou que a segurança do paciente pode ser considerada frágil e com caráter punitivo, a qual nenhuma das dimensões foi considerada como cultura positiva, ou seja, que tenha atingido um percentual igual ou maior a 75%, o que reflete na inibição das notificações e oportunidades de aprimoramentos da equipe. Wami et al (2016) em estudo realizado na zona de Jimma, sudoeste da Etiópia, identificou que o nível geral de cultura de segurança é baixo e como proposta para melhorar este resultado o autor recomenda intervenções para facilitar a comunicação, cooperação e troca de ideias entre os profissionais de saúde.

Em se tratando do apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, Batalha e Melleiro (2016) observaram que na percepção de alguns profissionais, a instituição apresenta-se no estágio reativo da maturidade de cultura de segurança, no qual a organização desenvolve ações corretivas somente após a ocorrência de incidentes, buscando garantir que estes não voltem a ocorrer.

Macêdo et al (2016) afirmam que os profissionais de saúde encontram dificuldades em assimilar uma cultura de segurança, quando observam pouco engajamento por parte da gestão quanto aos aspectos que envolvam a segurança do paciente. Wegner et al (2016) informam que os profissionais são pouco instrumentalizados na sua formação para lidar com os erros, principalmente, porque esses são associados a sentimentos de incapacidade, culpa, vergonha, além do medo de punições que caracterizam o profissional não preparado para o cuidado seguro, reafirmando a necessidade de modificar a cultura.

A mudança cultural nas instituições de saúde é um desafio que demanda tempo na rotina hospitalar, pois é necessário que os gestores primeiramente avaliem o processo de organização e os seus aspectos culturais inerentes à assistência, bem como favorecer uma comunicação eficiente entre a equipe e a gestão, onde seja garantida a satisfação, colaboração e motivação aos profissionais, além de implantar ações efetivas que garantam a segurança do paciente. (GOLLE et al, 2018).

Atualmente existem vários instrumentos que permitem a organização de saúde avaliar a cultura de segurança do paciente em varias dimensões, como *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) disponibilizado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos da América (EUA) (ULRICH, KEAR 2014).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa. As pesquisas exploratórias na visão de Gil (2017) proporcionam maior familiaridade com o problema no intuito de torna-lo mais explícito ou a construir hipóteses. O principal objetivo da pesquisa descritiva é relatar características de determinada população, utilizando técnicas padronizadas para coleta de dados. Já a abordagem quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi desenvolvido em um Hospital público de média complexidade, localizado na região Nordeste do Brasil, no período de março a novembro de 2018. O presente Hospital possui 113 leitos atualmente e oferece atendimento ambulatorial, internação, urgência, Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SADT), e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), todos conveniados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (CNES, 2018).

A instituição possui quatro unidades de internação, sendo elas: Ala A, destinada à pacientes obstétricas; Ala B, destinada a clínica geral; Ala C, destinada à pacientes em pré e pós-operatório; Ala D- pediatria; e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para pacientes em cuidados intensivos, além do Centro Cirúrgico, pronto atendimento e setores administrativos.

Os profissionais são organizados na unidade de internação com plantão de 24 horas e de acordo com o dimensionamento de profissionais em cuidados intermediário que é um enfermeiro para quatro técnicos de enfermagem.

Para este estudo, foram definidos como local de estudo as unidades de internação, clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria e obstetrícia. A UTI, o pronto atendimento e Centro Cirúrgico não foram definidos como locais de estudo, com o intuito de minimizar o fluxo de pessoas no setor e os setores administrativos, por não estarem diretamente envolvidos no cuidado.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuavam no referido Hospital nas unidades de internação elencadas como local do estudo.

Os critérios de inclusão dos profissionais na amostra foram: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem, possuírem vínculo empregatício no Hospital local do estudo e o mesmo setor a pelo menos seis meses (devido ao período de adaptação necessário, podendo o funcionário não ter total conhecimento acerca da unidade). Os critérios de exclusão foram: profissionais que se encontravam em licença – saúde ou qualquer outro afastamento no período da coleta.

As unidades de internação juntas contavam com uma equipe de 24 enfermeiros e 78 técnicos de enfermagem. Após a aplicação dos critérios de inclusão, a amostra do estudo resultou em 75 profissionais, sendo 21 enfermeiros e 54 técnicos em enfermagem. A amostragem foi probabilística do tipo censitária, ou seja, a coleta de dados ocorreu com todos os elementos que constituem a população. Sendo assim 3 enfermeiros e 19 técnicos de enfermagem se recusaram a participar do estudo e 5 técnicos estavam afastados por férias ou licença.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2018 e deu-se por meio da aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (ANEXO A), que foi desenvolvido e disponibilizado pela *Agency Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos EUA em 2004, traduzido para o Português e adaptado da versão original em inglês. Ele permite avaliar a cultura de segurança do paciente sob a perspectiva dos profissionais (REIS, 2013).

Este instrumento é composto por 50 itens referentes à cultura de segurança do paciente no total; 44 relacionados a questões específicas e 6 relativo a informações pessoais que formam 12 dimensões da cultura de segurança do paciente que possibilita identificar os aspectos positivos e as áreas que necessitam de melhorias (REIS, 2013).

O instrumento é constituído por variáveis sociodemográficas; variáveis de dimensão da cultura de segurança no âmbito do vínculo organizacional (trabalho em equipe na unidade, expectativas e ações), relacionamento com superior ou chefe (promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente, aprendizado organizacional e melhoria contínua, *feedback*), comunicação (abertura para as comunicações, pessoal e respostas não

punitivas aos erros); variáveis de dimensão da cultura de segurança no âmbito da serviço hospitalar (apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, trabalho em equipe entre as unidades hospitalares, transferências internas e passagens de plantão); e variáveis de resultado (percepção geral de segurança do paciente, frequência de eventos relatados); acrescidas de duas questões que visam a avaliação global da segurança do paciente e o número de EAs comunicados pelos profissionais nos últimos 12 meses (REIS, 2013).

Para a avaliação utilizou-se uma escala de Likert de cinco pontos, com a finalidade de atribuir um valor numérico às respostas dadas pelos sujeitos do estudo, com categorias de respostas em grau de concordância ou a partir de uma escala de frequência, as quais considerou – se resposta positiva (concordo totalmente e concordo); resposta negativa (discordo totalmente, discordo) e resposta neutra (não concordo e nem discordo) (MINUZZ; SALUM; LOCKS, 2016; MACEDO et al., 2016; TOMAZONI et al., 2014; SORRA et al, 2004).

Para realizar a coleta de dados, os profissionais foram abordados em seu ambiente de trabalho e inicialmente foram instruídos sobre os objetivos deste estudo e que poderiam desistir a qualquer momento não trazendo nenhum prejuízo. Após manifestarem interesse em participar da pesquisa assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e em seguida de maneira reservada e anônima responderam ao instrumento. Depois de preenchê-lo, o profissional depositou-o em uma pasta, que foi aberta somente em prazos estabelecidos pela pesquisadora responsável, a fim de preservar a confidencialidade dos dados. Foram considerados válidos os instrumentos cujos itens foram respondidos na íntegra.

4.5 Tratamento e análise dos dados

Para uma melhor compreensão dos dados neste estudo, algumas variáveis foram recategorizadas: maior formação profissional (recategorizada em: ensino médio, graduação, especialização), setor de atuação no serviço (recategorizada em: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Obstetrícia e Pediatria), Carga Horária de trabalho (recategorizada em: até 39 horas, 40h ou mais), Tempo de atuação profissional no serviço (recategorizada em: até 5 anos, 6 anos ou mais).

Os dados coletados foram inseridos em planilha no programa Excel® for Windows® e o processamento e a análise estatística foram realizados no programa SPSS®, versão 20.0.

Posteriormente, realizou-se a estatística descritiva, apresentando valores de frequência, média, desvio padrão (DP). A frequência percentual de cada dimensão foi

calculada e classificada, conforme preconizado pela AHRQ em: áreas de força para a segurança do paciente que se referem: Força de segurança positiva: às dimensões em que mais de 75% dos entrevistados responderam positivamente; Força de segurança neutra: em que são identificadas como itens ou dimensões em que o percentual de respostas positivas é superior a 50% e inferior a 75%; Força de segurança negativa: áreas com potencial de melhoria, nas quais o percentual de resposta positiva é igual ou inferior a 50%. Com o intuito de garantir respostas mais consistentes, o instrumento é composto por 18 questões reversas, ou seja, nestes casos quando o participante discorda do item formulado negativamente estará expressando sua opinião de forma positiva (MINUZZ, SALUM, LOCKS, 2016).

Em cada dimensão aplicou-se a análise inferencial, através do teste de qui-quadrado para a avaliação de diferenças significativamente estatísticas entre as categorias profissionais.

A nota de segurança do paciente foi considerada a variável dependente do estudo, que foi relacionada com as variáveis independentes: categorias profissionais, tempo de atuação profissional no serviço e na especialidade, carga horária de trabalho semanal, número de notificações de eventos adversos notificadas pelo profissional nos últimos 12 meses e frequência de notificações de near miss e incidentes e profissional.

Para isto, realizou-se a estatística inferencial definida após análise da normalidade das variáveis pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov, considerando-se um valor de $p < 0,05$. Em seguida realizou-se os Testes não-paramétricos Mann Whitney e de Spearman, considerando-se um valor de $p < 0,05$ e índice de confiança de 95%.

4.6 Aspectos éticos

Atendendo aos aspectos éticos que regem as pesquisas envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com o intuito de preservar a privacidade e confidencialidade dos participantes (APÊNDICE A).

O estudo foi aprovado pela direção do referido hospital (ANEXO B) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI) Parecer CEP/UFPI-CSHNB Nº 2.838.351 e CAAE 90946818.0.0000.8057 (ANEXO C) de acordo com as diretrizes contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS

Participaram 75 (100,0%) profissionais de saúde. Destes, 69 (92,0%) eram do sexo feminino e a idade média foi de 40,7 ($\pm 10,4$) anos. Técnicos de Enfermagem correspondem a 72,0% (54) da amostra, enquanto enfermeiros perfizeram 21 (28,0%). Quanto à formação profissional 28 (37,3%) possuíam Especialização, 24 (32%) Graduação e 23 (30,7%) tinham apenas o Ensino Médio. A clínica médica 23 (30,7%) foi o setor de atuação com maior quantitativo de profissionais, seguido da clinica cirúrgica 21 (28%), obstetrícia 22 (29,3%) e pediatria 12 (9,0%). Os profissionais relataram ter uma carga horária semanal de trabalho de até 39 horas 65 (86,7%) e tempo médio de atuação profissional de 11,2 anos ($\pm 9,7$). Cerca de 42 (56%) destes trabalham no hospital há mais de 6 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e profissionais de enfermagem de um Hospital Regional do Nordeste do Brasil. (n=75). Picos, PI, Brasil, 2018.

Características		N(%)	\bar{x} ($\pm DP$)*
Sexo	Feminino	69(92,0)	40,7 \pm 10,4
	Masculino	6 (8,0)	
Idade			
Profissão	Técnico em enfermagem	54(72,0)	
	Enfermeiro	21(28,0)	
	Ensino Médio	23(30,7)	
	Graduação	24(32,0)	
	Especialização	28(37,3)	
Maior formação profissional			
	Clínica Médica	23(30,7)	
	Clínica Cirúrgica	21(28,0)	
	Obstetrícia	22(29,3)	
Setor de atuação no serviço (com atendimento direto ao paciente)	Pediatria	9 (12,0)	
Carga horária semanal de trabalho	Até 39h	65(86,7)	
	40h ou mais	10(13,3)	
Tempo de atuação profissional			11,2 \pm 9,7 anos
Tempo de atuação profissional no serviço	Até 5 anos	33(44,0)	
	6 anos ou mais	42(56,0)	

Legenda: * \bar{x} = média; DP= desvio-padrão; Intervalo de confiança (IC):95%.

A frequência percentual de cada dimensão foi calculada e classificada, conforme preconizado pela AHRQ em áreas de força para a segurança do paciente, conforme os profissionais respondiam positivamente às questões. Considera-se resposta positiva aquela que corresponde a uma visão positiva do profissional sobre o serviço, podendo esta ser uma alternativa positiva ou negativa, conforme o questionamento.

Na Tabela 2 estão representados os percentuais de respostas positivas de técnicos em enfermagem e enfermeiros, quanto à dimensão vínculo organizacional. Nesta dimensão

observou-se diferença estatisticamente significativa somente na questão 2, relativa ao quantitativo de pessoal e demanda de trabalho (p-valor 0,027).

Tabela 2 - Percentual de respostas positivas dos profissionais de enfermagem sobre cultura de segurança do paciente, conforme a dimensão vínculo organizacional, de um Hospital Regional do Nordeste do Brasil. (n=75). Picos, PI, Brasil, 2018.

Dimensão vínculo organizacional	Categoria profissional		p-valor ¹
	Técnico em enfermagem N(%)	Enfermeiro N(%)	
1. Apoio mútuo na unidade	34(63,0)	15(71,4)	0,128 ¹
2. Equipe suficiente para cumprir a carga de trabalho	17(31,5)	5(23,8)	0,027¹
3. Trabalho em equipe na unidade	35(64,8)	17(81,0)	0,395 ¹
4. Respeito mútuo na unidade	40(74,1)	12(57,1)	0,134 ¹
5. Existe Excesso de carga horária de trabalho	21(38,9)	9(42,9)	0,836 ¹
6. Equipe engajada para a melhoria do cuidado	37(68,5)	17(81,0)	0,469 ¹
7. Existe excesso de profissionais terceirizados na prestação de cuidados	19(35,2)	11(52,4)	0,319 ¹
8. Presença de cultura punitiva do erro	12(22,8)	5(23,8)	0,103 ¹
9. Erros têm levado a mudanças positivas	28(51,9)	7(33,3)	0,231 ¹
10. Erros graves nessa unidade são frequentes	22(40,7)	10(47,6)	0,559 ¹
11. Profissionais se ajudam diante da sobrecarga de trabalho da equipe	23(42,6)	11(52,4)	0,720 ¹
12. Quando um evento é notificado o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	9(16,7)	2(9,5)	0,521 ¹
13. Mudanças para melhorar a segurança do paciente são implementadas e avaliadas quanto à sua efetividade	29(53,7)	8(38,1)	0,331 ¹
14. A equipe trabalha agilmente em “situações de crise”	27(50,0)	9(42,9)	0,845 ¹
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	23(42,6)	7(33,3)	0,487 ¹
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	8(14,8)	3(14,3)	0,818 ¹
17. Nesta unidade há problemas de segurança do paciente	13(24,1)	7(33,3)	0,670 ¹
18. Os procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	28(51,9)	5(23,8)	0,082 ¹

Legenda: ¹Teste Qui-quadrado; p-valor<0,05 IC:95%; Teste realizado, considerando a recomendação da Agency Healthcare Research and Quality (AHRQ): Resposta positiva: mais de 75% de repostas positivas; Resposta neutra: 50% a 75% de respostas positivas; Resposta negativa:50% ou menos de repostas positivas.

Sobre os percentuais de respostas positivas de Técnicos em Enfermagem e enfermeiros, quanto à dimensão Relação com Superior ou Chefe, observou-se diferença estatisticamente significativa somente na questão 3, sobre o posicionamento do supervisor em situações de crise (p-valor 0,025) (Tabela 3).

Tabela 3 - Percentual de respostas positivas dos profissionais de enfermagem sobre cultura de segurança do paciente, conforme a dimensão relação com seu superior. Picos, PI, 2018.

Dimensão Relação com Superior ou Chefe	Profissionais		p-valor
	Técnico em enfermagem N(%)	Enfermeiro N(%)	
1. O supervisor/chefe elogia diante de trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	30(55,6)	10(47,4)	0,807 ¹
2. O supervisor/chefe considera as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	31(57,4)	14(66,7)	0,394 ¹
3. O supervisor/chefe, diante de uma situação de crise, solicita que a equipe trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	31(57,4)	16(76,2)	0,025¹
4. O supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	40(74,1)	16(76,2)	0,660 ¹

Legenda: ¹Teste Qui-quadrado; p-valor<0,05 IC:95%; Teste realizado, considerando a recomendação da Agency Healthcare Research and Quality (AHRQ): Resposta positiva: mais de 75% de repostas positivas; Resposta neutra: 50% a 75% de repostas positivas; Resposta negativa:50% ou menos de repostas positivas.

Na dimensão comunicação, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os percentuais de respostas positivas de técnicos em enfermagem e enfermeiros na questão 3, (p-valor 0,006), questão 4 (p-valor 0,018) e questão 5 (p-valor 0,034) (Tabela 4).

Tabela 4 - Percentual de respostas positivas dos profissionais de enfermagem sobre cultura de segurança do paciente, conforme a dimensão comunicação. Picos, PI, 2018.

Dimensão Comunicação	Profissionais		p-valor
	Técnico em enfermagem N(%)	Enfermeiro N(%)	
1. As informações sobre mudanças implementadas são repassadas para a equipe a partir dos relatórios de eventos	16(31,4)	4(19,0)	0,289 ¹
2. Os profissionais têm liberdade de comunicação diante de algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	27(50,9)	12(57,1)	0,630 ¹
3. Os profissionais são informados sobre os erros que acontecem em sua unidade	22(43,1)	2(9,5)	0,006¹
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	23(43,4)	3(14,3)	0,018¹
5. São discutidos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	27(50,9)	5(23,8)	0,034¹
6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	38(73,1)	14(66,7)	0,584 ¹

Legenda: ¹Teste Qui-quadrado; p-valor<0,05 IC:95%; Teste realizado, considerando a recomendação da Agency Healthcare Research and Quality (AHRQ): Resposta positiva: mais de 75% de repostas positivas; Resposta neutra: 50% a 75% de repostas positivas; Resposta negativa:50% ou menos de repostas positivas.

Na Tabela 5 estão representados os percentuais de respostas positivas de Técnicos em Enfermagem e enfermeiros, quanto à dimensão serviço hospitalar. Observou-se diferença estatisticamente significativa somente na questão 10, relativa ao apoio mútuo entre as unidades do hospital (p-valor 0,027).

Tabela 5 - Percentual de respostas positivas dos profissionais de enfermagem sobre cultura de segurança do paciente, conforme a dimensão “serviço hospitalar”. Picos, PI, 2018.

Dimensão Serviço Hospitalar	Profissionais		
	Técnico em enfermagem N(%)	em Enfermeiro N(%)	p-valor
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove segurança do paciente	17(31,5)	6(28,6)	0,777 ¹
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	14(25,9)	5(23,8)	0,969 ¹
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	23(42,6)	10(47,6)	0,925 ¹
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	29(53,7)	9(42,9)	0,378 ¹
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	26(48,1)	14(66,7)	0,264 ¹
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	21(38,9)	9(42,9)	0,948 ¹
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	25(46,3)	12(57,1)	0,431 ¹
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	31(57,4)	7(33,3)	0,136 ¹
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	15(27,8)	7(33,3)	0,823 ¹
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	27(50,0)	5(23,8)	0,027¹
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	37(68,5)	16(76,2)	0,485 ¹

Legenda: ¹Teste Qui-quadrado; p-valor<0,05 IC:95%; Teste realizado, considerando a recomendação da Agency Healthcare Research and Quality (AHRQ): Resposta positiva: mais de 75% de repostas positivas; Resposta neutra: 50% a 75% de respostas positivas; Resposta negativa:50% ou menos de respostas positivas.

A Figura 1 demonstra a força para a segurança do paciente do serviço estudado, conforme dimensões, segundo profissionais de enfermagem. Inicialmente, observa-se que, segundo técnicos de enfermagem, em nenhuma das dimensões a força de segurança foi considerada positiva. Na dimensão Vínculo organizacional, relacionamento com o superior, comunicação e serviço hospitalar as respostas foram respectivamente, 61,1% negativas, 100% neutro, 50% neutro, 63,6 negativas. E ao reunir todas as dimensões 53,8% considerou negativa a força de segurança do paciente.

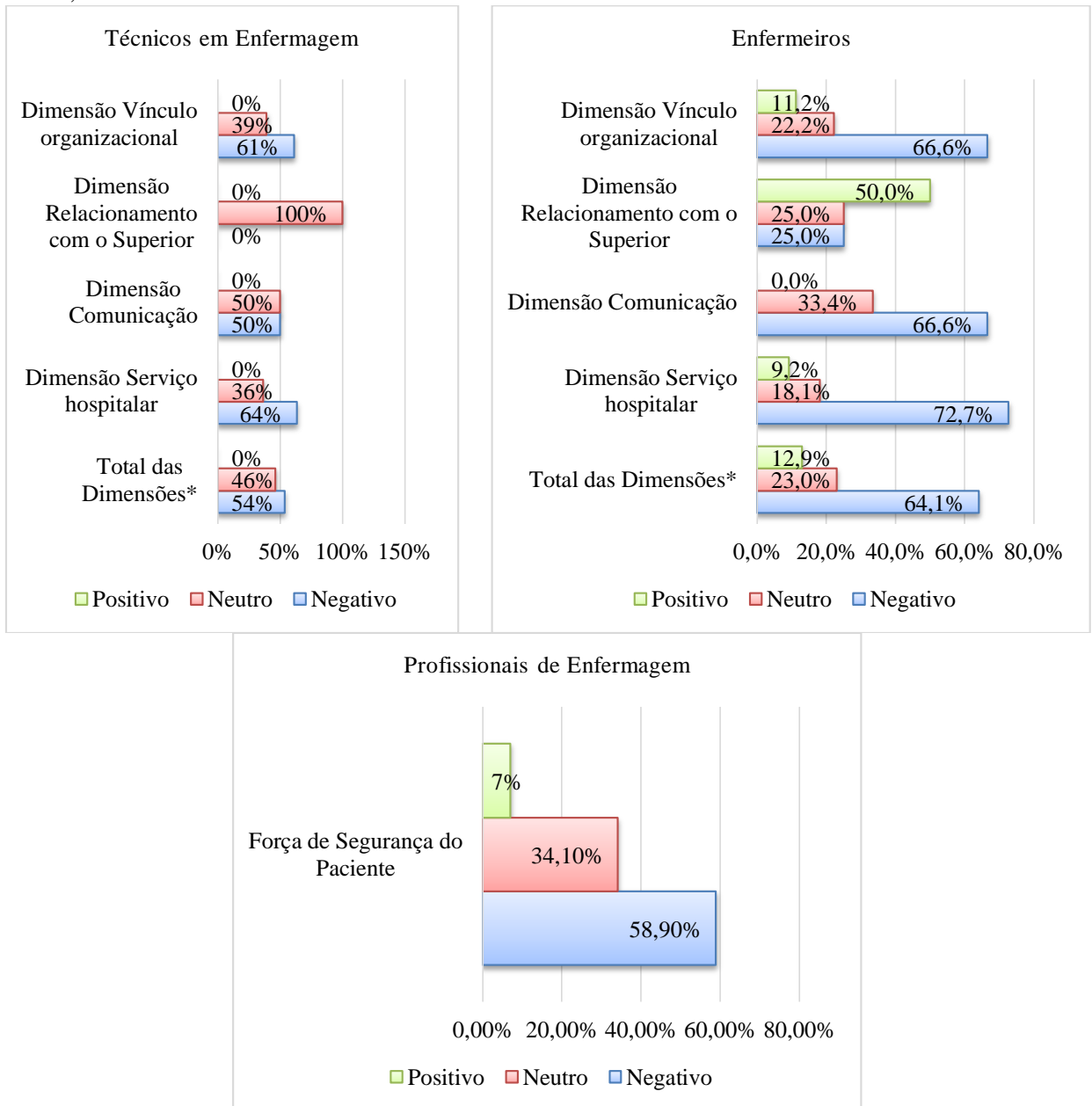
Já na perspectiva de enfermeiros, 50,0% consideraram positiva a dimensão relacionamento com o superior e ao reunir todas as dimensões 64,1% consideraram negativa a força de segurança do paciente. Nas dimensões vínculo organizacional, comunicação e serviço hospitalar, respectivamente 66,6%, 66,6% e 72,7 foram consideradas negativas por enfermeiros.

Ao se relacionar os dois grupos, enfermeiros e Técnicos em Enfermagem, observou-se diferença estatisticamente significativa entre o percentual de respostas positivas quando avaliadas as quatro dimensões juntas (p-valor 0,000).

Considerando as duas categorias profissionais unidas e todas as dimensões avaliadas, observou-se que a maioria dos profissionais (46; 58,9%) considerou a força de segurança do

paciente do serviço negativa.

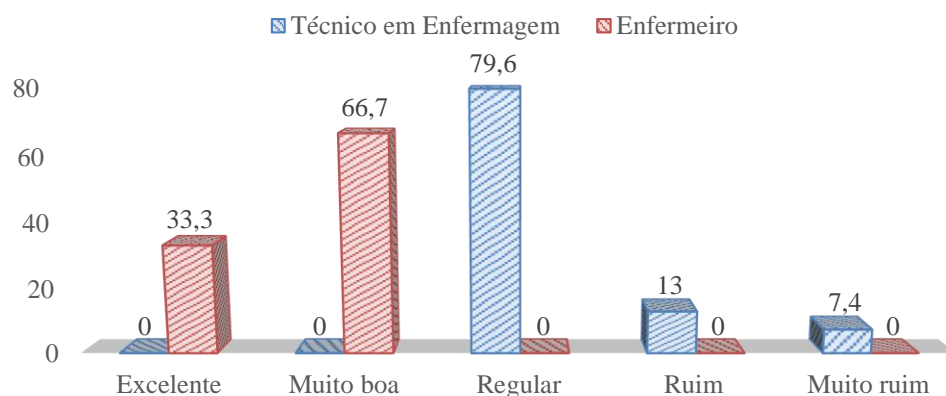
Figura 1 - Força para a segurança do paciente, conforme dimensões, na perspectiva de profissionais de enfermagem de um Hospital Regional do Nordeste do Brasil. Picos, PI, Brasil, 2018.



Legenda: *p-valor: 0,000; Teste Qui-quadrado; p-valor<0,05 IC:95%;

Ao se analisar a nota de segurança do paciente do serviço estudado, observou-se que os enfermeiros consideraram esta excelente (7;33,3%) ou muito boa (14;66,7). Já 79,6% (43) dos Técnicos de Enfermagem afirmaram que a nota de segurança do paciente foi regular, 13% (7) ruim e 7,4%(4) muito ruim (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Avaliação da nota de segurança do paciente, na perspectiva de profissionais de Enfermagem de um Hospital Regional do Nordeste do Brasil. Picos, PI, 2018.



Os enfermeiros avaliaram melhor a nota de segurança do paciente do serviço do que os Técnicos em Enfermagem (p-valor 0,000) (Tabela 6).

Tabela 6 – Relação entre as médias das notas de segurança do paciente e categoria profissional. Picos, PI, Brasil, 2018 (n=75).

Categoria Profissional						
Nota de segurança do paciente	Técnicos em enfermagem $\bar{x} (\pm DP)^*$	em	Interpretação	Enfermeiros $\bar{x} (\pm DP)$	Interpretação	p-valor
Nota de segurança do paciente	2,7 (0,5)		Ruim	4,3 (0,4)	Muito boa	0,000¹

Legenda: * \bar{x} = média; DP= desvio-padrão;. ¹Teste de Mann-Whitney; p-valor<0,05 IC:95%;

Não se observou associação estatisticamente significativa entre nota de segurança do paciente e tempo de atuação profissional no serviço (p-valor 0,803).

Tabela 7 – Relação entre a Nota de Segurança do paciente e tempo de atuação profissional no serviço. Picos, PI, Brasil, 2018 (n=75).

Tempo de Atuação profissional no Serviço					
Nota de segurança do paciente	Até cinco anos $\bar{x} (\pm DP)^*$	Interpretação	Seis anos ou mais $\bar{x} (\pm DP)$	Interpretação	p-valor
Nota de segurança do paciente	3,2 (0,8)	Regular	3,1 (0,9)	Regular	0,803 ¹

Legenda: * \bar{x} = média; DP= desvio-padrão;. ¹Teste de Mann-Whitney; p-valor<0,05 IC:95%.

Não foi observada associação estatisticamente significativa entre nota de segurança do paciente e tempo de atuação profissional na especialidade (p-valor 0,539).

Tabela 8 – Relação entre Nota de Segurança do paciente e tempo de atuação profissional na especialidade. Picos, PI, Brasil, 2018 (n=75).

Tempo de atuação profissional na especialidade					
Nota de segurança do paciente	Tempo de atuação profissional na especialidade	Interpretação	Coefficiente de correlação	p-valor	
	$\bar{x} (\pm DP)^*$				
Nota de segurança do paciente	11,2±9,7	Regular	-0,072	0,539 ¹	

Legenda: * \bar{x} = média; DP= desvio-padrão;. ¹Teste de Spearman; p-valor<0,05 IC:95%.

Profissionais que cumprem carga horária semanal de trabalho de até 39 horas avaliaram como regular a nota de segurança do paciente, enquanto profissionais com carga horária a partir de 40 horas semanais mostram associação com notas muito ruins de segurança do paciente (p-valor 0,000).

Tabela 9 – Relação entre Nota de Segurança do paciente e carga horária de trabalho semanal no serviço. Picos, PI, Brasil, 2018 (n=75).

Carga horária de trabalho semanal					
Nota de segurança do paciente	Até 39 horas	Interpretação	40 horas ou mais	Interpretação	p-valor
	$\bar{x} (\pm DP)^*$		$\bar{x} (\pm DP)$		
Nota de segurança do paciente	3,4 (0,7)	Regular	1,8 (0,9)	Muito Ruim	0,000 ¹

Legenda: * \bar{x} = média; DP= desvio-padrão;. ¹Teste de Mann-Whitney; p-valor<0,05 IC:95%.

Não foi observada associação estatisticamente significativa entre nota de segurança do paciente e número de notificações de eventos adversos notificadas pelo profissional nos últimos 12 meses (p-valor 0,083).

Tabela 10 – Relação entre Nota de Segurança do paciente e número de notificações de eventos adversos notificadas pelo profissional nos últimos 12 meses. Picos, PI, Brasil, 2018 (n=75).

Número de notificações de eventos adversos nos últimos 12 meses					
Nota de segurança do paciente	Até 10 notificações	Interpretação	11 ou mais notificações	Interpretação	p-valor
	$\bar{x} (\pm DP)^*$		$\bar{x} (\pm DP)$		
Nota de segurança do paciente	3,2 (0,9)	Regular	2,3 (0,6)	Ruim	0,083 ¹

Legenda: * \bar{x} = média; DP= desvio-padrão;. ¹Teste de Mann-Whitney; p-valor<0,05 IC:95%.

Profissionais que notificam *near miss* e incidentes de maneira pouco frequente se associam a uma nota de segurança do paciente regular (p-valor 0,000), enquanto profissionais que notificam os mesmos eventos de forma muito frequente apresentaram as notas de segurança do paciente muito ruins. (p-valor 0,000).

Tabela 11 – Relação entre Nota de Segurança do paciente e frequência de notificações de *near miss* e incidentes. Picos, PI, Brasil, 2018 (n=75).

Frequência de notificações de <i>near miss</i> e incidentes					
Nota de segurança do paciente	Pouco frequente $\bar{x} (\pm DP)^*$	Interpretação	Muito frequente $\bar{x} (\pm DP)$	Interpretação	p-valor
Near miss e Nota de segurança do paciente	3,6 (0,9)	Regular	2,7 (0,6)	Ruim	0,000 ¹
Incidente e Nota de segurança do paciente	3,5(1,1)	Regular	2,8 (0,3)	Ruim	0,000 ¹

Legenda: * \bar{x} = média; DP= desvio-padrão;. ¹Teste de Mann-Whitney; p-valor<0,05 IC:95%.

6 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos com aplicação do instrumento HSOPSC permitiu avaliar a cultura de segurança do paciente do serviço na perspectiva de profissionais de Enfermagem, sob diversos aspectos.

Em relação à função desempenhada, a maior parte dos profissionais do estudo eram Técnicos de Enfermagem. Isso pode ser justificado pelo dimensionamento profissional, pois geralmente as equipes de unidades de internação de cuidados intermediários são formadas por um enfermeiro em média quatro técnicos de enfermagem, a depender da instituição. Apesar do quantitativo de técnicos terem sido superior, observou-se que a maior parte dos profissionais possuía Ensino Superior e/ou alguma Especialização. Estes achados corroboram com estudo de Pinheiro e Junior (2017), que demonstrou um expressivo quantitativo de Técnicos em Enfermagem com alguma pós-graduação *stricto ou lato sensu*, o que demonstra uma evolução importante na categoria expressa pela busca de conhecimento, além de sua formação profissional básica.

A respeito do tempo de atuação profissional no serviço, os profissionais frequentemente possuíam mais de 6 anos de atuação, o que pode resultar em um maior engajamento e conhecimento dos protocolos internos. Conforme Carvalho et al (2017) os profissionais com menos tempo de atuação na instituição ainda estão se adequando à rotina do trabalho e percebem a instituição de maneira positiva, enquanto aqueles com maior tempo, conseguem perceber melhor o compromisso e organização do serviço hospitalar.

Os profissionais apresentaram uma carga horária semanal de até 39 horas, que pode estar relacionado ao quantitativo insuficiente de profissionais referida pelos profissionais. Resultado semelhante com o estudo de Cruz et al (2018), que afirmam que a carga de trabalho elevada pode influenciar na qualidade dos serviços prestados ao paciente e na condição de vida do profissional o que pode levar a possíveis erros.

Analisando os achados em relação às respostas dos profissionais na dimensão vínculo organizacional, a questão que obteve maior porcentagem de respostas positivas, tanto na perspectiva do enfermeiro, quanto na do Técnico de Enfermagem, foi a afirmativa em que a equipe estava engajada para a melhoria do cuidado, o que implica afirmar que apesar dos problemas encontrados na instituição, a equipe está disposta a oferecer melhor assistência ao paciente e estão constantemente em buscas de ações para melhorar a segurança do paciente (CRUZ et al 2018).

Ainda na dimensão vínculo organizacional, ao se analisar a existência da cultura punitiva do erro na instituição observou-se que esta teve um baixo percentual de respostas

positivas, o que pode estar relacionado pelo sentimento de culpa e medo do profissional de Enfermagem diante a ocorrência de um evento adverso, o que impede a notificação e consequentemente a implantação de medidas preventivas (DUARTE et al, 2015). No estudo de Elmontsri et al (2017) os profissionais de saúde nos países árabes afirmaram que se sentem impedidos em relatar os incidentes por pensarem na existência de uma cultura de culpa e punição. Vale ressaltar que é importante que o profissional e a gestão hospitalar vejam o erro de maneira positiva, o qual acarretara em estratégias educativas, com objetivo de evitar incidentes subsequentes.

Os menores percentuais de respostas positivas na dimensão vínculo organizacional relacionaram-se às notificações de eventos, como quando um evento adverso é notificado o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema; sobre os profissionais se preocuparem que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais e sobre os problemas de segurança do paciente na unidade. Diante dos resultados, entende-se que a Enfermagem nesta instituição ainda não se posicionou diante de uma cultura de segurança educativa, que prioriza a notificação de eventos. Essa realidade pode ser dada pela existência de uma cultura punitiva que ainda persiste. Na opinião de Netto e Severino (2016), para que o hospital venha a ter uma cultura de segurança sólida é necessário que seja trabalhado tanto entre gestores quanto funcionários uma cultura de notificação, aprendizagem e não de punição diante de um erro.

Analisando a dimensão do Relacionamento com o superior, na perspectiva dos enfermeiros, o supervisor dá atenção necessária aos problemas e respeita as etapas mesmo em situações de crises, embora os técnicos de enfermagem não vejam esta mesma realidade. Opinião esta condizente com o estudo de Costa et al (2018), em que os profissionais de enfermagem consideraram este item como negativo, bem como não se sentem à vontade para questionar as decisões dos seus superiores e não são informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.

No tocante à dimensão Comunicação, observou-se neste estudo que não houve nenhuma resposta de força positiva entre enfermeiros e técnicos. O único quesito bem avaliado por eles foi sobre o receio em perguntar quando algo parece errado, em que se observou respostas neutras pelos dois grupos. Isso sugere que os profissionais parecem se sentir à vontade para realizar questionamentos aos seus superiores e relatarem quando algo aparenta estar errado. Entretanto, ao avaliar a dimensão como um todo, nota-se que há deficiência de comunicação, tendo em vista o percentual de respostas negativas. Segundo Massoco e Melleiro (2015), a comunicação é fundamental para que o trabalho em equipe e as trocas de informação fluam de forma a favorecer uma assistência de qualidade.

Ainda na dimensão Comunicação, o item pior avaliado foi sobre a ausência de repasse de informações para a equipe quando mudanças são implementadas. Desse modo, é relevante salientar a importância da comunicação entre os profissionais, a qual se baseia no que é preconizado pela meta internacional de segurança – comunicação efetiva, que objetiva melhorar a efetividade de comunicação, evitando que informações sejam perdidas e desta forma permitindo a elaboração de estratégias de segurança a fim de prevenir os erros (MASSOCO; MELLEIRO 2015; AGUIAR et al 2017).

É necessário que a gestão hospitalar e os profissionais visem à melhoria da comunicação, tendo em vista que esta dimensão não foi considerada por nenhuma categoria como positiva, refletindo sua deficiência, principalmente em relação a informações a partir dos relatórios, o que se conclui que há uma ausência de uma comunicação aberta e a presença de uma cultura punitiva e não educativa e estratégica em busca de resultados positivos. A dimensão Comunicação avalia se os profissionais se sentem livres ao falarem sobre erros, fazer questionamentos a respeito de decisões e ações de seus superiores (AMIRI; KHADEMIAN; NIKANDISH, 2018; REIS, 2013).

Na dimensão serviço hospitalar, observa-se que o único quesito considerado positivo pelos enfermeiros e neutro para os Técnicos em Enfermagem foi em relação às mudanças de plantão não prejudicarem os pacientes. As demais alternativas foram consideradas negativas, referentes ao apoio da gestão hospitalar, trabalho em equipe entre as unidades e outros fatores, divergindo do estudo realizado por Elmontsri et al (2017), o qual identificou que estas dimensões são ponto forte para a segurança do paciente. Pinheiro e Junior (2017), em estudo realizado em um hospital público do Rio de Janeiro, considerou estas dimensões de organização do serviço hospitalar como área com oportunidade de melhoria, acreditando que é necessário haver uma cooperação e comunicação entre as equipes de diferentes unidades.

Diante da análise dessas quatro dimensões, pode-se considerar que na perspectiva dos profissionais de enfermagem a força de segurança do paciente do serviço é negativa, corroborando com o estudo de Hidalgo et al (2013), realizado no México, que considerou a força de segurança do paciente também negativa (54,53%).

Ao se analisar a nota de segurança do paciente do serviço estudado, observou-se que os enfermeiros consideraram esta excelente ou muito boa, e os Técnicos em Enfermagem afirmaram que a nota de segurança do paciente varia de regular a muito ruim. Estes achados podem estar relacionados ao fato de o técnico em enfermagem estar mais vinculado à assistência direta ao paciente, percebendo mais sensivelmente os nós críticos na segurança do paciente no serviço. Além disso, o enfermeiro tende a se envolver cada vez mais em questões

burocráticas, o que acarreta em uma visão fragmentada de sua realidade.

No estudo de Mello e Barbosa (2017), os resultados foram ao contrário destes achados. Segundo o estudo, os enfermeiros avaliaram a segurança do paciente como aceitável/boa, enquanto os Técnicos de Enfermagem a consideraram muito boa, mostrando, portanto, uma homogeneidade das opiniões, o que pode denotar uma equipe de Enfermagem mais coesa e alinhada com as diretrizes de segurança do paciente.

Profissionais com maior carga horária de trabalho consideram a nota de segurança muito ruim. Isto pode estar relacionado ao fato de a equipe de enfermagem estar mais presente no cuidado ao paciente em ambiente hospitalar, geralmente durante um plantão de 24 horas, no caso do serviço estudado, e sendo assim estar mais exposta a vários fatores que possam pôr em risco a segurança do paciente, como a carga horária de trabalho excessiva, estresse, falta de recursos humanos e materiais dentre outros (MUNHOZ et al, 2018).

Profissionais que notificam *near miss* e incidentes de maneira muito frequente apresentaram as notas de segurança do paciente muito ruins, o que pode ser justificado pela interpretação do profissional de que quanto mais eventos ocorrem, mais o serviço é inseguro. Além disso, podem considerar possivelmente que as medidas implantadas para segurança do paciente no serviço não estão sendo suficientes para a redução dos eventos e por esta razão refletem na qualidade e segurança do serviço.

É necessário que se ampliem esforços para construção de sistemas de notificação eficientes, capacitação dos profissionais para que possam estar atentos a identificar possíveis erros e eventos, de forma a contribuir um ambiente seguro e livre de danos, pois a partir das informações coletadas das notificações é que se pode evitar e reduzir danos à saúde e para a melhoria no sistema de saúde, tanto na perspectiva do paciente quanto do trabalhador. Para isso, as instituições devem assumir a responsabilidade pela segurança do paciente nestes ambientes, e um dos métodos são os núcleos de segurança do paciente que realizam a monitoração dos incidentes e eventos adversos com o objetivo de disseminar a cultura (BRASIL 2013a; FERREZIN et al, 2017).

7 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo, mediante a aplicação do instrumento HSOPSC, permitiram considerar a cultura de segurança do paciente do serviço na perspectiva de profissionais de Enfermagem como negativa.

Observou-se uma maior proporção de respostas negativas por parte das duas categorias profissionais em todas as dimensões analisadas, seja vínculo organizacional, relação com o superior, comunicação e serviço hospitalar.

No tocante à nota de segurança do paciente do serviço estudado, observou-se que os enfermeiros consideraram a nota excelente ou muito boa e os técnicos em enfermagem consideraram-na regular a muito ruim. As notas de segurança ruins também se associaram a uma maior carga horária de trabalho semanal e a uma maior frequência de notificações de *near miss* ou incidentes.

O estudo demonstrou uma cultura de segurança do paciente no serviço fragilizada, inferindo a necessidade de melhorias em prol da qualidade do cuidado, partindo não só dos profissionais diretamente ligados ao cuidado, mas bem como da gestão que deve priorizar estratégias voltadas à qualidade, tanto estrutural, como nas relações interpessoais entre os profissionais e a alta gestão.

Este estudo teve como limitações a resistência ao preenchimento do questionário por parte de alguns profissionais, por conta de sua extensão. Além disso, observa-se ainda a falta de importância dada pelos próprios profissionais a pesquisas nos serviços hospitalares.

Os resultados deste estudo são relevantes para o desenvolvimento de práticas seguras na Enfermagem, a partir do momento em que demonstra a visão dos profissionais da área sobre segurança do paciente e detalha os pontos mais divergentes e convergentes entre as categorias profissionais. Além disso, instiga a necessidade de mudanças imediatas nos serviços de saúde para uma condução melhor do paciente. Apesar de ter sido executado em um hospital específico, este estudo pode ser aplicado a quaisquer realidades e os dados podem servir de parâmetros de comparação para melhorias futuras.

REFERÊNCIAS

AMIRI, M.; KHADEMIAN, Z.; NIKANDISH, R. O efeito do programa educacional de empoderamento de enfermeiros na cultura de segurança do paciente: um estudo controlado randomizado. *Educação Médica BMC*. v.18, n.1, 2018.

AGUIAR L.L.A. et al. Enfermagem e Metas Internacionais de Segurança: avaliação em hemodiálise. *Cogitare Enfermagem*, v.22, n.3, 2017.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 2016.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2013a.

_____. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, 2013b.

_____. Portaria nº 2.095 de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, 2013c

_____. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução n. 466/12 de 12 de dezembro – CNS, 2012

BATALHA, E. M. S. S.; MELLEIRO, M. M.; Gestão Hospitalar E Cultura De Segurança Do Paciente Na Percepção Da Equipe De Enfermagem. **Revista Baiana de Saúde Pública**. V.40, n.1, p. 190 – 123, 2016.

CALDANA, G., et al. Rede Brasileira De Enfermagem E Segurança Do Paciente: Desafios E Perspectivas. **Texto Contexto Enferm**. v.24,n.3,p.906 – 911, 2015.

CARVALHO, et al. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, v.5, n.2849, 2017.

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, 2018. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=HOSPITAL%20REGIONAL%20JUSTINO%20LUZ>. acesso em 25/04/2018.

COSTA, D. B. et al . CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: AVALIAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 27, n. 3, e2670016, 2018.

CRUZ, E. D. A. et al. Cultura De Segurança Entre Profissionais De Saúde Em Hospital De Ensino. **Cogitare Enferm**. v.23, n.1, 2018.

DUARTE, S. C. M. et al . Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015.

ELMONTSRI M, et al. Status da cultura de segurança do paciente nos países árabes: uma revisão sistemática. *BMJ Open* v.7, n.2, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013487>.

FEREZIN, T. P. M. et al. Análise Da Notificação De Eventos Adversos Em Hospitais Acreditados. *Cogitare Enferm.* v.22, n.2, e49644, 2017.

GIL, A. C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 6ªed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOLLE, L. et al. Cultura de segurança do paciente em hospital privado. *Rev Fund Care Online.* V.10, n.1. p. 85-89, 2018 .

HIDALGO, H. C et al. PERCEPÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE POR PESSOAL DE ENFERMAGEM. *Cienc. Doente*, v. 19, n. 2, p. 77-88, 2013. Disponível em <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200008&lng=es&nrm=iso>. acessado em 17 de novembro. 2018. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200008>.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. DISPONIVEL EM: <https://www.segurancadopaciente.com.br/quem-somos>. ACESSO EM: 20/09/2018.

James J. T. A new, evidence-base estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf.*v.9, n.3, p:122-8, 2013.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson, MC (eds.); Committee on Quality in Health Care; Institute of Medicine. To err is human. Building a safer health system. **Washington: National Academy Press**, 2000.

KOLANKIEWICZ, A. C. B. et al. Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. *Acta Paul Enferm.* v.30, n.5, p. 531-537, 2017.

MASSOCO, E. C. P.; MELLEIRO, M. M. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. *REME • Rev Min Enferm.* v.19, n.2, p: 187-191, 2015 .

MACEDO T.R.; et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. *Rev Esc Enferm USP.* v.50, n.5, p. 759 – 762, 2016.

MELLO J. F.; BARBOSA S.F.F. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].* v.19, 2017.

MINUZZ, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H. Avaliação Da Cultura De Segurança Do Paciente Em Terapia Intensiva Na Perspectiva Da Equipe De Saúde. *Texto Contexto Enferm.* v.25, n.2, 2016.

MUNHOZ, O. L. et al. Estresse ocupacional e cultura de segurança: tendências para contribuição e construção do conhecimento em enfermagem. *ABCS Health Sci.* v.43, n.2, p:110-116, 2018.

NETTO, F. C. B.; SEVERINO, F. G.; Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino do Ceará. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v.29, n.3,

p.334-341, 2016.

PINHEIRO M P.; JUNIOR, O. C. S. Avaliação da cultura de segurança do paciente em uma organização hospitalar de um hospital universitário. **eglobal [Internet]**. v.16, n.1, p- 309-52, 2017 . Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/238811>. acessado em: 18 de novembro de 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. **Artmed**, 2011.

Reis T.C. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) **Escola Nacional de Saúde Pública**. Fiocruz, 2013.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 49, n. spe, p. 123-130, 2015 .

SILVA, A. C. A. B.; ROSA, D. O. S. Cultura De Segurança Do Paciente Em Organização Hospitalar. **Cogitare Enferm**.v.21, n.esp: 01 – 10, 2016.

SORRA, J. S.; NIEVA V.F. Hospital Survey on Patient Safety Culture (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). **AHRQ Publication** No. 04-0041, 2004.

TOMAZZONI, A. et al.; Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e medica. **Rev. Latio-Am. Enfermagem**. v.22, n.5, p.755-763, 2014.

WAMI, S. D. et al. Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. **BMC Health Services Research**, 2016. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1757-z> acesso em: 19/07/18.

WEGNER, W.; et al.; Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery**, v.20, n.3, 2016.

World Health Organization. Más que palabras: marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente versión 1.1 [Internet]. Geneva: WHO; 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf. acesso em 19/07/2018.

ULRICH B, KEAR T. Patient Safety and Patient Safety Culture: Foundations of Excellent Health Care Delivery. **Nephrol Nurs J**. v.41, n.5, p:447-56, 2014.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Avaliação Da Cultura De Segurança Do Paciente Por Profissionais De Enfermagem No Contexto Hospitalar

Pesquisador responsável: Sarah Nilkece Mesquita Araújo

Instituição/Departamento: UFPI/CSHNB

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (86) 9 9470-0770

Pesquisador participante: Augusta Laézia Veloso

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 9 9437-8289

E-mail: laeziav@gmail.com

Prezado (a) Senhor (a):

• Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar. O (a) senhor (a) tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma ficará com o (a) senhor (a) e a outra via será entregue ao pesquisador.

Objetivo do estudo: Analisar o nível de cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de enfermagem em um hospital público.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento deste questionário, respondendo às perguntas formuladas que abordam dados sociodemográficos, bem como questões com enfoque na percepção dos profissionais a respeito da cultura de segurança do paciente.

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

Riscos. O preenchimento deste questionário poderá, eventualmente, implicar em risco de ordem psicológica, que consiste no constrangimento ao responder as perguntas. Mas, para contornar este constrangimento o participante terá total liberdade para responder o questionário em um local reservado, previamente selecionado pela instituição e na presença da pesquisadora, como também será garantido total sigilo nas informações coletadas.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Esta pesquisa é isenta de custos para o participante, assegurando-o de que diante dos mesmos, o participante será devidamente ressarcido; e não implicará em remuneração para o participante.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu

_____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Local e data: _____

Assinatura do participante

Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI

Endereço: Rua Cícero Duarte, S/N.

Bairro: Junco

CEP: 64.607-670

UF: PI

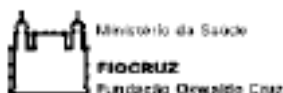
Município: Picos

Telefone: (89) 3422-3003

Email: ceppicos@gmail.com

ANEXOS

ANEXO A – 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 trabalhe 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 <u>percebido e corrigido antes de afetar o paciente</u> , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Quando ocorre um erro, mas <u>não há risco de dano ao paciente</u> , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando ocorre um erro, que <u>poderia causar danos ao paciente</u> , mas não causa, com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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:

- a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto
- b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo
- c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto
- d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo
- e. Ensino Superior Incompleto
- f. Ensino Superior Completo
- g. Pós-graduação (Nível Especialização)
- 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.



HRJL



TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Patrícia Maria Santos Batista, responsável legal pela instituição Hospital Regional Justino Luz estou ciente que será realizada uma pesquisa intitulada **AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR**, sob a responsabilidade do pesquisador **Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos**, cujo é objetivo Analisar o nível de cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de enfermagem em um hospital público.

Concordo disponibilizar o ambiente desta instituição para coleta de dados.

Picos - PI, 18 de abril de 2018.

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
 PICOSS-PI
 Dra. Patrícia Maria Santos Batista
 DIRETORA DE UNIDADE HOSPITALAR III

Assinatura do Responsável Legal pela Instituição

Anexo C – Parecer do Comitê de Ética

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR

Pesquisador: SARAH NILKECE MESQUITA ARAUJO NOGUEIRA BASTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 00946818.0.0000.8057

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí Campus CSHNB, Picos

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.838.351

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa que pretende analisar o nível de cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de enfermagem em um hospital público. O estudo será desenvolvido em um Hospital público de média complexidade, localizado na região Nordeste do Brasil, no período de março de 2018 a dezembro de 2018.

A população do estudo será composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam no referido Hospital nas unidades de internação (Alas A, B, C, D) e Centro Cirúrgico. A amostragem será probabilística do tipo censitária, ou seja, a coleta de dados ocorrerá com todos os elementos que constituem a população. A amostra final do estudo será formada por 48 enfermeiros e 112 técnicos de enfermagem.

Crítérios de inclusão: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem, possuir vínculo empregatício no Hospital local do estudo há pelo menos seis meses.

Crítérios de exclusão: profissionais que estiverem afastados por férias, atestados médicos ou

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

Continuação do Parecer: 2.038.351

licenças.

A coleta de dados ocorrerá entre os meses de setembro, outubro e novembro de 2018. Utilizar-se-á como Instrumento o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC).

Este Instrumento é composto por 42 Itens que formam 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, que são: trabalho em equipe; quadro de funcionários; aprendizado organizacional/melhoria contínua; resposta não punitiva ao erro; percepção geral da segurança do paciente; expectativas e ações do supervisor/ chefe para a segurança do paciente; feedback e comunicação sobre erros; abertura para comunicação; frequência de eventos comunicados; apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; trabalho em equipe entre as unidades; transferências internas e passagens de plantão. Além de um item no qual o participante relata o número de eventos comunicados e oito onde são caracterizados (TOMAZONI et al., 2014; MACEDO et al, 2016).

Após os indivíduos manifestarem seu aceite em participar da pesquisa, será entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o questionário, que será respondido de maneira anônima, na presença da pesquisadora em um local reservado previamente estabelecido pela Instituição. Depois de preencher o Instrumento, o profissional o depositará em uma pasta lacrada, que será aberta somente em prazos estabelecidos pela pesquisadora. Serão considerados válidos os instrumentos cujos itens forem respondidos na íntegra.

O processamento dos dados e a análise estatística serão realizados através do programa SPSS®, versão 18.0 para Windows®.

Endereço: CICERO DUARTE 605

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 2.038.351

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Analisar o nível de cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de enfermagem em um hospital público.

Objetivos secundários:

Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes do estudo;

Analisar as dimensões da cultura de segurança do paciente, segundo enfermeiros e técnicos de enfermagem em um Hospital público;

Comparar a variável dependente, nível de cultura de segurança do paciente, entre os enfermeiros e técnicos de enfermagem participantes do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos ao profissional, como a privacidade violada, constrangimento com alguma pergunta, dados perdidos. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio comprometendo o indivíduo ou coletividade.

Sabendo desses riscos e na tentativa de Impedi-los, os sujeitos do estudo terão a sua identidade preservada, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma e liberdade para responder o questionário em privacidade.

Benefícios:

O estudo ampliará o conhecimento científico sobre o tema abordado e será mostrado aos gestores da Instituição para uma possível intervenção com objetivo de ampliar a cultura de segurança do paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e pertinente uma vez que os eventos adversos vêm se acentuando nas Instituições

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.807-870

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: csp-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer 2.030.351

hospitares representando graves problemas de saúde pública e sugerindo a necessidade emergente de uma mudança na forma de trabalho dos serviços de saúde pautada na cultura de segurança do paciente. Batalha e Melloiro (2015) definem cultura de segurança como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e segurança de uma organização.

O tema segurança do paciente ganhou relevância no mundo, a partir da divulgação do relatório publicado em 2000 pelo Institute of Medicine (IOM) to Err is Human, que pontuou resultados de pesquisas que indicaram a incidência de eventos adversos nos Estados Unidos (EUA), em que cerca de 100 mil pessoas morrem em hospitais a cada ano vítimas de danos evitáveis, além do prejuízo estimado em 17 a 29 bilhões de dólares anuais devido à longa permanência decorrente dos eventos (BRASIL, 2014).

Os profissionais de saúde são responsáveis por executar ações que garantam qualidade do cuidado, sendo imprescindível que desenvolvam suas funções de maneira eficaz, aliando conhecimento técnico científico, domínio da tecnologia, a humanização e a individualização do cuidado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo. Atendeu aos requisitos solicitados.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo. Atendeu aos requisitos solicitados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

**UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES**



Continuação do Parecer: 2.008.351

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1140574.pdf	09/07/2018 15:05:17		Acelto
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	09/07/2018 14:55:15	AUGUSTA LAEZIA VELOSO	Acelto
Orçamento	orcamentos.pdf	09/07/2018 14:38:03	AUGUSTA LAEZIA VELOSO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	09/07/2018 14:32:32	AUGUSTA LAEZIA VELOSO	Acelto
Outros	autorizaCAOInstitucional.pdf	30/05/2018 10:29:29	SARAH NILKECE MESQUITA ARAUJO NOGUEIRA BASTOS	Acelto
Outros	INSTRUMENTO.pdf	30/05/2018 10:26:59	SARAH NILKECE MESQUITA ARAUJO NOGUEIRA BASTOS	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	30/05/2018 10:25:59	SARAH NILKECE MESQUITA ARAUJO NOGUEIRA BASTOS	Acelto
Outros	CARTEENCAMINHAMENTO.pdf	19/05/2018 17:09:25	SARAH NILKECE MESQUITA ARAUJO NOGUEIRA BASTOS	Acelto
Outros	LATTESORIENTADORA.pdf	19/05/2018 17:07:32	SARAH NILKECE MESQUITA ARAUJO NOGUEIRA BASTOS	Acelto
Outros	termodeconfidencialidade.pdf	19/05/2018 17:05:43	SARAH NILKECE MESQUITA ARAUJO NOGUEIRA BASTOS	Acelto
Outros	TERMODEANUENCIA.pdf	19/05/2018 17:05:11	SARAH NILKECE MESQUITA ARAUJO NOGUEIRA BASTOS	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	19/05/2018 17:03:58	SARAH NILKECE MESQUITA ARAUJO NOGUEIRA BASTOS	Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	19/05/2018 17:02:53	SARAH NILKECE MESQUITA ARAUJO NOGUEIRA BASTOS	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (86)3422-3003

E-mail: cnp-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer 2.038.351

PICOS, 23 de Agosto de 2018

Assinado por:
LUIZA HELENA DE OLIVEIRA LIMA
(Coordenador)

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-870

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
() Dissertação
(X) Monografia
() Artigo

Eu, **AUGUSTA LAÉZIA VELOSO**, autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação **Avaliação da cultura de segurança do paciente por profissionais de enfermagem no contexto hospitalar** de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 09 de Janeiro de 2019.

Augusta Laézia Veloso
Assinatura

Assinatura