

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CÍCERA MONIELE NETA LARANJEIRA

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A PERCEPÇÃO DE
ENFERMEIROS INTENSIVISTAS

Recife

2024

CÍCERA MONIELE NETA LARANJEIRA

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A PERCEPÇÃO DE
ENFERMEIROS INTENSIVISTAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde

Linha de pesquisa: Enfermagem e Educação em saúde nos diversos cenários do cuidar

Orientadora: Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

Recife

2024

Catálogo na fonte:
Kyria Macedo, CRB4 1693

L318c Laranjeira, Cícera Moniele Neta
Cultura de segurança do paciente sob a percepção de enfermeiros intensivistas / Cícera Moniele Neta Laranjeira. – 2024.
95 f. : il., tab.

Orientadora: Vânia Pinheiro Ramos.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Recife, 2024.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Segurança do Paciente. 2. Cultura Organizacional. 3. Gestão da Segurança. 4. Enfermeiras e Enfermeiros. 5. Unidades de Terapia Intensiva. I. Ramos, Vânia Pinheiro (orientadora). II. Título.

616.73 CDD (22.ed.) UFPE (CCS 2024 - 128)

CÍCERA MONIELE NETA LARANJEIRA

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS
INTENSIVISTAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde

Aprovada em: 28 / 02 / 2024

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Vânia Pinheiro Ramos (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof.^a Dr.^a Vilma Costa de Macedo (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof.^a Dr.^a Anna Karla de Oliveira Tito Borba (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof.^a Dr.^a Italla Maria Pinheiro Bezerra (Examinadora Externa)
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

À minha doce e forte Laura, por me dar coragem,
esperança, luz e amor durante todos os nossos dias.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Maria e Francisco, que me deram coragem, amor e apoio durante toda a minha vida e graças ao cuidado e orações deles, caminhei até aqui.

À minha filha Laura, que nasceu durante a realização desse sonho e mesmo em circunstâncias desfavoráveis à sua saúde, sempre foi “forte, valente e corajosa”. É meu exemplo de superação e foi por ela que apesar das pausas, cheguei a esta etapa.

A Diego, meu marido, que me deu suporte emocional e financeiro. Obrigada pela oportunidade de poder realizar esse objetivo profissional e pessoal.

À minha prima Jade, que cuidou da minha filha para que eu pudesse assistir às aulas, fazer atividades, estudar e apresentar os trabalhos. Obrigada pela dedicação com minha pequena. À Lucivânia, pelos mesmos motivos e pela paciência nas últimas semanas.

Às terapeutas da minha filha, pela amizade e cuidado com a minha filha, em especial a Malu e Jéssica; a Cida e Neto, pais de Arthur, pelo convívio breve, mas quase diário e pela leveza com que enxergam a vida e as dificuldades que compartilhamos nos cuidados de crianças atípicas.

Aos amigos que adquiri durante o programa, por terem me inspirado a continuar, por terem compartilhado histórias de vida incríveis e conhecimentos tão humanos e necessários. E principalmente por terem me compreendido e me abraçado em diversos momentos. Bruna, Bárbara e Muanna, em especial, sou muito grata por tudo.

A todo o corpo docente e funcionários do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Graças ao trabalho e empenho de vocês, é possível a realização de momentos como esse. Obrigada por contribuírem de forma tão significativa com a minha formação.

À minha orientadora Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos, que me abraçou como aluna, mas foi muito mais que uma professora, foi mãe, conselheira, força, ombro amigo e um par de ouvidos sempre dispostos a me ouvir e jamais me julgou. Levarei a senhora para sempre em meu coração. Se pude escrever isso, foi graças a sua perseverança em mim.

Aos locais de pesquisa e participantes, por contribuírem diretamente com a construção do conhecimento relacionado a esta pesquisa.

Aos membros das bancas de qualificação e defesa, por todas as riquíssimas contribuições para o aperfeiçoamento dessa dissertação.

“Não é na ciência que está a felicidade, mas
na aquisição da ciência”.

(Edgar Allan Poe)

RESUMO

A temática de segurança do paciente vem ganhando destaque a nível global, o que evidencia a importância de as instituições de saúde avaliarem os seus processos institucionais e a partir dos resultados, implementarem ações voltadas para um cuidado de saúde mais seguro. O objetivo deste estudo é comparar a cultura de segurança do paciente a partir da percepção de enfermeiros intensivistas em dois hospitais sob gestão pública e privada. Trata-se de um estudo transversal, do tipo *survey*, de abordagem descritiva e quantitativa. Foi utilizado o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, da *Agency for Health Research and Quality* (Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde – AHRQ). Os dados foram coletados com 6 enfermeiros de cada hospital, totalizando 12 participantes. Os resultados evidenciaram fragilidades em comum aos dois hospitais nas dimensões “Profissionais” e “Passagem de plantão/turno e transferências internas” e como áreas fortalecidas “Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente” e “Aprendizado organizacional”. Estatisticamente, ao se comparar os dados dos dois hospitais, houve diferenças significativas em quatro dimensões: “Retorno da informação e comunicação sobre erro”, “Abertura da comunicação”, “Resposta não punitiva ao erro” e “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”, com melhores resultados para o hospital sob gestão pública. A nota atribuída à segurança do paciente foi semelhante nos dois hospitais, porém, o hospital sob gestão privada realizou um número maior de notificações de eventos adversos nos últimos 12 meses. As oportunidades de melhorias mais urgentes são o “Trabalho em equipe entre unidades” (24,9%) no hospital público e “Resposta não punitiva ao erro” (5,5%) no hospital privado. Diante de tais resultados, conclui-se que é imprescindível que ocorra a priorização da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde, com a implementação de estratégias voltadas para o aumento da qualidade e da segurança do cuidado prestado, tais como: adoção de respostas não punitivas ao erro, dimensionamento de pessoal adequado e participação ativa dos gestores.

Descritores: segurança do paciente; cultura organizacional; unidades de terapia intensiva; enfermagem.

ABSTRACT

The issue of patient safety has been gaining prominence at a global level, which highlights the importance of health institutions evaluating their institutional processes and based on the results, implementing actions aimed at safer health care. The objective of this study is to compare the culture of patient safety based on the perception of intensive care nurses in two hospitals under public and private management. This is a cross-sectional, survey-type study, with a descriptive and quantitative approach. The Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire of the Agency for Health Research and Quality (AHRQ) was used. Data were collected between with 6 nurses from each hospital, totaling 12 participants. The results showed, in common to both hospitals, the dimensions "Professionals" and "Shift change/shift and internal transfers" as fragile areas; and as strengthened areas "Expectations and actions to promote patient safety" and "Organizational learning". Statistically, when comparing the data, there were significant differences in four dimensions: "Return of information and communication about error", "Openness of communication", "Non-punitive response to error" and "Hospital management support for patient safety", with better results for the public hospital. The score attributed to patient safety was similar in the two hospitals, however, the privately managed hospital made a higher number of reports of adverse events in the last 12 months. The most urgent opportunities for improvement are "Teamwork between units" (24.9%) in the public hospital and "Non-punitive response to error" (5.5%) in the private hospital. In view of these results, it is concluded that it is essential to prioritize the culture of patient safety in health institutions, with the implementation of strategies aimed at increasing the quality and safety of the care provided, such as: adoption of non-punitive responses to errors, adequate staffing and active participation of managers.

Keywords: patient safety; organizational culture; intensive care units; nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Página
Figura 1 – Modelo de queijo suíço de James Reason. Reason, 2000.....	24
Figura 2 – Distribuição das médias positivas ao nível das unidades/serviços nos Hospitais A e B. Recife, PE, 2024.....	41
Figura 3 – Distribuição das médias positivas ao nível do hospital nos Hospitais A e B. Recife, PE, 2024.....	43
Figura 4 – Distribuição das médias positivas dos aspectos gerais de segurança do paciente nos Hospitais A e B. Recife, PE, 2024.....	45
Figura 5 – Distribuição das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente nos Hospitais A e B. Recife, PE, 2024.....	45
Figura 6 – Distribuição da avaliação geral de segurança do paciente nos Hospitais A e B. Recife, PE, 2024.....	47
Figura 7 – Médias da frequência de notificações de eventos adversos nos Hospitais A e B. Recife, PE, 2024.....	49

LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro 1 – Distribuição das dimensões, itens, resultados e indicadores do HSOPSC. Recife, PE, 2024.....	31
Quadro 2 – Dimensões da cultura de segurança do paciente distribuídas em níveis. Recife, PE, 2024.....	32
Quadro 3 – Recodificação da escala de respostas do HSOPSC em 3 categorias. Recife, PE, 2024.....	34
Quadro 4 – Números absolutos e percentuais para a avaliação das dimensões do instrumento HSOPSC. Recife, PE, 2024.....	37
Quadro 5 – Classificação das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente. Recife, PE, 2024.....	46

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1 – Características sociodemográficas dos enfermeiros intensivistas dos Hospitais A e B. Recife, PE, 2024.....	36
Tabela 2 – Resultados das dimensões ao nível das unidades/serviço dos Hospitais A e B. Recife, PE, 2024.....	40
Tabela 3 – Resultados das dimensões ao nível do hospital dos Hospitais A e B. Recife, PE, 2024.....	42
Tabela 4 – Resultados das dimensões dos aspectos gerais de segurança do paciente dos Hospitais A e B. Recife, PE, 2024.....	44
Tabela 5 – Distribuição da nota de segurança do paciente dos Hospitais A e B. Recife, PE, 2024.....	47
Tabela 6 – Distribuição da frequência de eventos notificados dos Hospitais A e B. Recife, PE, 2024.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSNI	Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations
AHRQ	Agency for Health Research and Quality
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CSP	Cultura de Segurança do Paciente
EA	Evento adverso
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EUA	Estados Unidos da América
HSC	Health and Safety Commission
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
IHI	Institute of Healthcare Improvement
INSAG	International Nuclear Safety Advisory Group
IRAS	Infecção relacionada à assistência em saúde
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	Joint Commission International
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SP	Segurança do Paciente
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJC	The Joint Commission

UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	Objetivo geral.....	19
2.2	Objetivos específicos.....	19
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1	Segurança do paciente	20
3.2	Cultura de segurança do paciente.....	22
4	MÉTODO	28
4.1	Tipo do estudo.....	28
4.2	Local do estudo	28
4.3	População.....	29
4.4	Procedimentos para coleta de dados.....	29
4.5	Análise e organização dos dados.....	34
4.6	Aspectos éticos.....	35
5	RESULTADOS.....	36
5.1	Características dos enfermeiros que avaliaram a cultura de segurança.....	36
5.2	Dimensões da cultura de segurança do paciente nos hospitais A e B	37
5.2.1	Avaliação da cultura de segurança do paciente ao nível das unidades/serviços.....	39
5.2.2	Avaliação da cultura de segurança do paciente ao nível do hospital	42
5.2.3	Avaliação da cultura de segurança do paciente dos resultados gerais.	44
5.2.4	Avaliação de indicadores de resultados.....	47
6	DISCUSSÃO.....	50
6.1	Caracterizando os enfermeiros que avaliaram a cultura de segurança	50

6.2	Dimensões da cultura de segurança do paciente.....	52
6.3	Indicadores de resultados.....	62
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	76
	APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE.....	78
	ANEXO A - VERSÃO BRASILEIRA DO HSOPSC	79
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFPE	87
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO RHP.....	92

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente (SP) na prestação de serviços voltados para a saúde tem se tornado um assunto imperativo, evidenciando um desafio para o aprimoramento da qualidade da assistência prestada (Minuzzi; Locks, 2016). Esta temática figura na agenda da Organização Mundial de Saúde (OMS), estando inclusa na pauta de discussões em espaços como a academia, o judiciário e os diversos serviços de saúde públicos e privados (De Carvalho Lemos *et al.*, 2018).

Este assunto obteve grande destaque global após o relatório *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* (Errar é humano: Construindo um sistema de saúde mais seguro), publicado nos Estados Unidos da América (EUA) em 1999, revelar que os pacientes estão expostos a riscos causados pelos cuidados em saúde que podem interferir na sua segurança, ocasionando erros e danos à saúde (Tomazoni *et al.*, 2017).

A SP é uma dimensão da qualidade do cuidado de saúde (Donabedian, 1993), definida pela *World Health Organization* (WHO) como a redução do risco de danos desnecessários associados ao cuidado de saúde, a um mínimo aceitável relacionado às informações disponíveis atualmente; aos recursos disponíveis e ao contexto em que a assistência em saúde é prestada (WHO, 2009).

De acordo com definições da OMS relacionadas à SP, evento é uma circunstância que pode resultar, ou não, em um dano desnecessário ao paciente. Esse dano pode ser físico, emocional ou psicológico. Evento adverso (EA) é um incidente ocorrido durante a prestação do cuidado em saúde que resulta em dano (WHO, 2009).

Estudos também indicam que o custo médio de um paciente exposto a um EA é cerca de 99% maior do que o custo médio de um paciente não exposto. Destaca ainda a estimativa de que anualmente, há um custo por volta de 19, 571 milhões de dólares em consequência desses eventos, somente nos EUA (Khalid; Nurhan, 2020).

Um estudo de abrangência global realizado nos anos de 2007 a 2011, a partir de revisão da literatura, revelou cerca de 421 milhões de hospitalizações em todo o mundo, anualmente, com estimativa de ocorrência de pelo menos 43 milhões de eventos adversos (EA) relacionados à assistência à saúde (ANVISA, 2021).

A cultura de segurança é definida pela *Health and Safety Commission* (HSC) como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e

organizacionais, que estabelecem o compromisso, o estilo e a capacidade de gestão da instituição baseados em crenças e valores partilhados de segurança (HSC, 1993).

Em 2002, a WHO assumiu a liderança da problemática da SP, e em 2009 publicou o relatório *Global Priorities for Patient Safety Research* (Prioridades globais para pesquisa em segurança do paciente), em que define as áreas mais deficitárias de investigação, destacando a implementação da Cultura de Segurança do Paciente (CSP) nos serviços de saúde (WHO, 2009).

Há uma necessidade clara de construção de uma cultura de segurança positiva que conta com o apoio de documentos oficiais com diretrizes e princípios. No Brasil, temos o Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529 de 01 de abril de 2013, com atribuições instituídas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 de 25 de julho de 2013, que exigia a todos os estabelecimentos de saúde do país, a implantação da gestão de risco e de Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) (BRASIL, 2013).

Em março de 2021, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou o “Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021 – 2025”. Elaborado por especialistas e representantes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), o documento fundamenta suas diretrizes nas melhores evidências científicas disponíveis atualmente e estabelece os principais objetivos para os próximos anos (ANVISA, 2021).

A enfermagem tem claramente demonstrado preocupação com a definição e mensuração da qualidade muito antes da ênfase atual e da segurança do paciente. Florence Nightingale analisou dados de mortalidade entre as tropas britânicas em 1855, durante a Guerra da Criméia, reduzindo-a através da implementação de cuidados organizacionais e higiênicos (Riegel *et al.*, 2021).

Ademais, a enfermagem possui um papel relevante na atuação com vistas a promover a SP, por possuir o maior número de profissionais atuando no contato contínuo com os pacientes, identificando prioridades e prevendo situações. O enfermeiro ocupa uma posição essencial devido à sua liderança efetiva das equipes de enfermagem para ofertar um cuidado qualificado e seguro (BAMPI *et al.*, 2016). Dessa forma, a descrição da SP a partir do ponto de vista desses profissionais torna-se imprescindível para o planejamento de uma assistência segura (Tomazoni *et al.*, 2019).

A educação em saúde é imprescindível em ambientes hospitalares, e as ações desenvolvidas em consonância com a SP colaboram para o alcance de um melhor atendimento para o paciente. Pode ainda, nortear os profissionais envolvidos no processo de cuidar para a consolidação de práticas seguras (Ribeiro *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde vêm sendo motivados a avaliar a cultura de segurança nos seus locais de trabalho (Minuzzi; Locks, 2016). Para avaliar a CSP foram desenvolvidos vários instrumentos, comumente na forma de questionários quantitativos baseados na combinação de diversas dimensões acerca da temática (Lemos *et al.*, 2018; Costa *et al.*, 2018).

O *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) é um instrumento da *Agency for Health Research and Quality* (Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde - AHRQ). Com esse instrumento é possível identificar áreas cuja cultura de segurança necessita de melhorias; avaliar a efetividade de ações implementadas para melhorar a segurança e realizar comparações com outras organizações de saúde (Sorra; Nieva, 2004).

A ocorrência de EA costuma ocorrer com maior frequência em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), o que se justifica pelas seguintes constatações: é um cenário assistencial de alto risco; o cuidado prestado é intensivo; envolve diversos procedimentos e tecnologias; é realizado por um número grande e variado de profissionais que trabalham sob forte estresse, por lidarem diretamente com situações de vida e morte em que as decisões devem ser tomadas rapidamente (Andrade *et al.*, 2018; Mello; Barbosa, 2018).

Há estudos que correlacionam a CSP com resultados favoráveis para os pacientes, tais como diminuição das taxas de readmissão, EA e mortalidade, além do aumento da satisfação do paciente. Quando se trata de CSP em UTI a mortalidade e a satisfação familiar apresentam correlações ainda mais significativas (Andrade *et al.*, 2018).

Ainda dentro deste cenário, a literatura aborda a existência de correlação entre os modelos de gestão hospitalar e a segurança do paciente, visto que estruturas verticais, centralizadas e hierárquicas, onde há maior controle de ações dos trabalhadores impactam negativamente na assistência prestada pelos profissionais, sendo tais estruturas mais comuns em instituições privadas (Farias, 2023).

Mediante a importância que a temática requer e alinhado ao Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente elaborado pela Organização Mundial de Saúde (2021-2030), este projeto busca responder ao seguinte questionamento: Qual a percepção de segurança do paciente de enfermeiros intensivistas de dois hospitais sob gestão pública e privada?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Comparar a cultura de segurança do paciente a partir da percepção de enfermeiros intensivistas em dois hospitais sob gestão pública e privada.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar sociodemograficamente os participantes;
- Descrever a percepção dos enfermeiros sobre cultura de segurança do paciente;
- Identificar as potencialidades e fragilidades dessa cultura de acordo com as dimensões propostas no instrumento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A presente seção foi construída com o objetivo de fornecer embasamento teórico ao objeto de estudo. Para tanto, foi organizada didaticamente em dois tópicos: segurança do paciente e cultura de segurança do paciente.

3.1 Segurança do paciente

A demanda pela excelência no atendimento prestado pelas instituições de saúde é um fator primordial atualmente, dessa forma, a temática da segurança do paciente (SP) e o cuidado ofertado são competências imprescindíveis no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde. Isso se deve à maior preocupação com o respeito pela dignidade do paciente, a qualidade dos cuidados e a estabilidade do sistema de saúde (Da Costa Resende *et al.*, 2020; Nora; Junges, 2021).

As preocupações em torno da qualidade nos serviços de saúde e a ocorrência de eventos adversos (EA) e estratégias para minimizá-los ganharam força após a publicação, em 1999, do relatório “*To err is human: building a safer health system*”, onde foi evidenciado de forma alarmante, a insegurança das práticas de cuidado do paciente. Em resumo, tal publicação apontou que os erros médicos ocasionavam entre 40.000 e 98.000 mortes em hospitais dos Estados Unidos da América (EUA) a cada ano, mais do que em acidentes em estradas, câncer de mama e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (IOM, 1999; Zanelli *et al.*, 2023).

Antes da publicação do referido relatório, já havia evidências norte-americanas publicadas a respeito de danos decorrentes da assistência à saúde que resultaram em morte. Embora essas evidências tenham relevância, o impacto do relatório foi gigantesco e tal publicação é considerada mundialmente um marco para o olhar diferenciado à SP (Hang *et al.*, 2023).

Dados mostram que ocorrem a cada ano, 134 milhões de EA nos hospitais de países com renda baixa e média, resultando aproximadamente em 2,6 milhões de mortes provocadas por cuidados inseguros. Os erros envolvendo medicação custam em torno de 42 bilhões de dólares anualmente. Nos EUA, os erros relacionados à assistência à saúde são a terceira principal causa de óbito. No Reino Unido, é estimado uma média de um incidente com dano ao paciente a cada 35 segundos (WHO, 2020).

A preocupação com a SP não é um fenômeno recente. Pode ser percebida desde Hipócrates, a quem foi atribuído a conhecida e célebre máxima que deveria nortear o exercício da medicina:

“*primum non nocere*”, ou seja, em primeiro lugar, não causar dano. Florence Nightingale, um dos marcos da enfermagem moderna, sustentava que o primeiro dever de um hospital deveria ser o de não causar mal ao paciente (Hang *et al.*, 2023).

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente) com o intuito de abranger os conceitos relacionados à SP e orientar medidas para minimizar erros decorrentes da assistência. Esse marco ocorreu após a 55ª Assembleia Mundial de Saúde, ocorrida em 2002, orientar os países membros da OMS a se dedicarem mais às questões de segurança do paciente (BRASIL, 2013).

Além da OMS, outras organizações também foram mobilizadas. Dentre as quais se destacam a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), hoje denominada *The Joint Commission* (TJC) e a *Joint Commission International* (JCI), importantes empresas de acreditação de qualidade e segurança hospitalar, que foram designadas pela OMS em 2005 como os primeiros centros colaboradores para as soluções na segurança do paciente; o *Institute of Healthcare Improvement* (IHI) pela “Campanha 5 Milhões de Vidas” (IHI, 2011) e a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), agência americana responsável pela educação e pesquisa em SP (Hang *et al.*, 2023; AHRQ, 2011).

Ainda seguindo estas iniciativas, em 2008 foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). Esta organização tem como objetivo disseminar e sedimentar a segurança nas organizações de saúde, escolas, universidades, programas e organizações não governamentais com intuito de prevenção de danos e de fortalecimento das ações na assistência ao paciente (REBRAENSP, 2009).

Em consonância com o movimento mundial em prol da SP, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 529 de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O PNSP vem como estratégia nacional para orientar os serviços de saúde e os profissionais a reduzirem os riscos inerentes à assistência à saúde, consolidando ações de segurança. Sendo assim, tal portaria entende como segurança do paciente a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (Ministério da Saúde, 2013).

Quando ocorre um EA, é importante lembrar que a literatura cita que estão envolvidas vítimas, sendo: primeira vítima - o paciente, familiares e amigos que o cercam; segunda vítima - o profissional de saúde envolvido no EA; e terceira vítima - a organização, a instituição de saúde (Solves *et al.*, 2015).

Guerra (2022) traz ainda que o profissional é vítima do sistema, e na ocorrência do EA, também sofre. Este profissional precisa de acolhimento pela instituição e uma estrutura adequada para que ele consiga voltar às suas atividades e poder auxiliar as equipes em estratégias para que esses eventos não ocorram novamente.

É necessário criar estratégias para fornecer informações positivas sobre o trabalho assistencial que contribua para gerar confiança institucional e nos seus profissionais junto aos pacientes, tais como: atualizações de informações sobre ações em segurança clínica e divulgação de notícias de sucessos terapêuticos (ANVISA, 2022).

Para alcançar a segurança do paciente, minimizando a ocorrência de EA advindos da assistência, é necessário implementar estratégias que estimulem o reconhecimento de falhas e de fatores que possam interferir e prejudicar o cuidado, de forma a transformar os processos para que as ações sejam prestadas de forma mais segura (Fassarela, 2016).

A WHO (2020) sugere que um sistema de saúde para promover melhorias deve se basear em seis dimensões da qualidade em saúde, que representam os seguintes focos: efetividade, eficiência, acessibilidade, aceitabilidade pelo paciente, equidade e segurança.

A enfermagem destaca-se em relação a SP pelo seu contingente e a proximidade constante na assistência ao paciente. Sua atuação é norteada por preceitos éticos que estabelecem o comprometimento com a saúde do ser humano e da coletividade e a atuação na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas. Além disso, deve assegurar ao paciente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência. Assim, mais que uma assistência consciente, promover a SP representa um compromisso ético a ser seguido pelos profissionais de enfermagem (Hang *et al.*, 2023).

3.2 Cultura de segurança do paciente

O termo "cultura de segurança" foi introduzido pelo *International Nuclear Safety Advisory Group* (INSAG), em 1993, após ocorrer o acidente nuclear de Chernobyl, na Ucrânia, ocorrido em abril de 1986, para denotar que a gestão e o fator organizacional são de extrema importância para a segurança, sobretudo a compreensão de que crenças e atitudes de uma organização afetam diretamente o desempenho de segurança (Fassarela, 2016).

É indispensável perceber o conceito da cultura de segurança no contexto da saúde pela *Health and Safety Commission*, cuja fonte foi a *Advisory Committee on the Safety of Nuclear*

Installations (ACSNI) como “é o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamentos, individuais e grupais, que determinam o estilo, a proficiência e o compromisso de uma organização saudável e segura” (HSC, 1993; WHO; 2009).

Percebe-se que há uma discussão sobre a cultura de segurança ser intrinsecamente diferente do conceito de clima de segurança. Os dois termos são definidos muitas vezes de maneira igual e utilizados de forma alternada em publicações. O termo “clima de segurança” é observado como variação de “cultura de segurança” nos estudos de Zohar (1980) e Zhang (2002), relacionados nas instituições industriais, já nos estudos de Flin *et al.*, (2006) e Halligan e Zecevic (2011) relacionados nas instituições de saúde (Fassarela, 2016).

No Brasil, o PNSP (BRASIL, 2013) tem quatro eixos: a) estímulo a uma prática assistencial segura; b) envolvimento do cidadão na sua segurança; c) inclusão do tema no ensino; d) incremento de pesquisa na temática. Dessa forma, depreende-se que a CSP deve perpassar por todos os eixos, ou seja, é um assunto transversal a todas as áreas. A organização com uma cultura de segurança positiva e saudável é caracterizada pela percepção da ideia comum da importância da segurança e pela confiança na eficácia de medidas preventivas.

Em 2021, a OMS publicou Plano de Ação Global de Segurança do Paciente (2021-2030) que fornece uma estrutura para ação através de sete objetivos estratégicos. Os objetivos em resumo, permeiam os seguintes aspectos: zerar o dano evitável ao paciente, construção de sistemas de saúde de alta confiabilidade, processos clínicos seguros, envolvimento de pacientes e familiares, qualificação e proteção dos trabalhadores, fluxo constante de informações e conhecimento, desenvolvimento e sustentação de cuidados multisetoriais.

Considerando que as organizações de saúde possuem um caráter multifatorial de falhas e desenvolvem atividades de alto risco, o Modelo do “Queijo Suíço” adaptado de Reason (2000), também chamado de modelo epidemiológico, tem sido empregado para análise de incidente na saúde por apresentar várias camadas defensivas, conforme visto na figura 1.

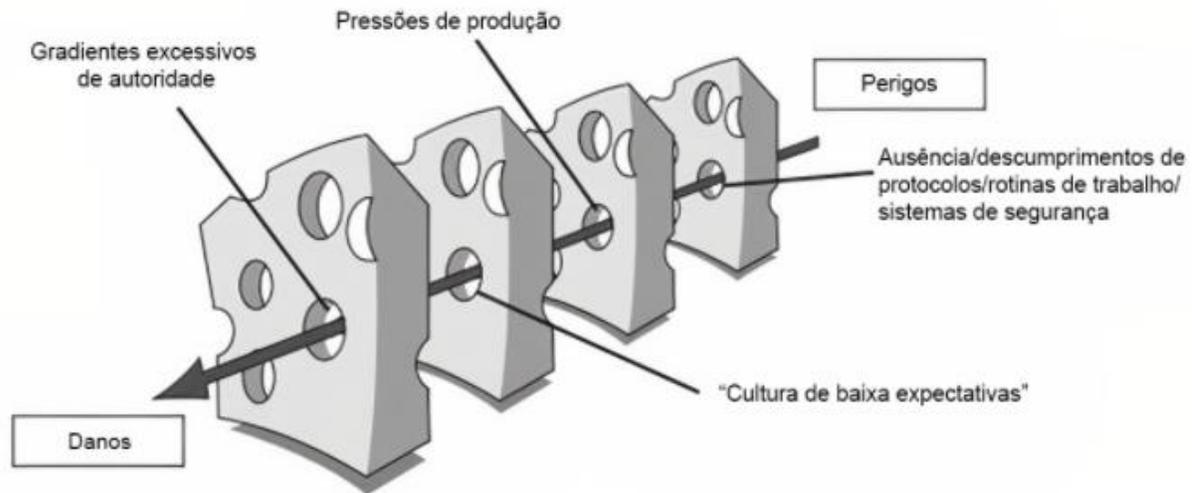


Figura 1 – Modelo de queijo suíço, de James Reason. Disponível gratuitamente na internet. 2024.

Nesse modelo são empregadas as barreiras com a função de prevenir que o incidente ocorra. Na prática, as barreiras defensivas são como as fatias de queijo suíço, por apresentarem vários orifícios, “buracos”, que ao atravessarem várias camadas, ficam dispostos em uma mesma linha, permitindo que a trajetória do incidente ou dano venha a ocorrer (Reason, 2000).

Como outros modelos existentes, o modelo de Reason considera tanto os profissionais envolvidos no evento, como também as condições de trabalho, as falhas latentes e as falhas ativas, em que os eventos acontecem como consequência desses tipos de falhas. Esse modelo tem sido o modelo da avaliação da cultura de segurança mais adaptado para o contexto da saúde (Fragata; Martins, 2014; Fassarella, 2016).

Tanto Reason (1998) quanto a WHO (2008) recomendam que numa organização deve haver uma cultura de segurança pautada nas seguintes características: de notificação, em que os profissionais estão preparados para notificar os seus erros; de confiança; de um sistema de informação de segurança que colete, analise e dissemine as informações resultantes dos incidentes e *near miss*; de flexibilidade da estrutura organizacional face a um ambiente de trabalho dinâmico e exigente; e de competência para tirar conclusões adequadas a partir do seu sistema de segurança.

Um atendimento de qualidade deve ser voltado ao cuidado e precaução contra incidentes para o estabelecimento da segurança ao paciente, sendo necessário que haja a assimilação e a compreensão cotidiana de episódios de risco na instituição. É importante que esses episódios sejam

compreendidos em sua integralidade, haja vista que além desses acontecimentos, costuma haver uma infraestrutura falha, comunicação insatisfatória, conhecimento insuficiente e sobrecarga de trabalho entre os profissionais (Zanelli *et al.*, 2023).

Em uma revisão sistemática que observou a CSP em 21 países, com publicações entre 2005 e 2016, foi revelada predominância de culturas organizacionais subdesenvolvidas a fracas, alertando para a importância de que esse aspecto seja levado em consideração, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil. (Viganó; Costa, 2023).

A cultura de segurança do paciente sofre influências de diversos fatores nas instituições de saúde, mas é importante salientar o início recente de estudos que analisam a influência do tipo de gestão hospitalar. Andrade *et al.* (2018) ao comparar os níveis de segurança do paciente em três hospitais com diferentes tipos de gestão (federal, estadual e instituição privada) identificou que, de modo geral, a gestão privada apresentou melhores níveis de segurança quando comparado aos demais hospitais do estudo. Isto demonstra que, dentre outros fatores, o modelo de gestão é capaz de influenciar diretamente na qualidade da segurança do paciente.

Uma pesquisa aponta que o contexto hospitalar público tem sido considerado pelos profissionais de saúde, como de maior adversidade, quando comparado ao setor privado. Dentre alguns fatores apontados para esta afirmativa, tem-se a precarização da infraestrutura para o desenvolvimento das atividades laborais e a sobrecarga profissional e busca das instituições privadas pelo alcance de metas econômicas e financeiras, investindo em estratégias capazes de reduzir as falhas e erros relacionados à assistência. (Aquino, 2023).

Independentemente do tipo de gestão hospitalar, a sustentação de práticas para promover a segurança dos pacientes permeia o fortalecimento de valores e crenças de cuidado efetivo que precisam ser incorporados como CSP. Isso significa que o cuidado com o paciente deverá ocorrer de modo natural nos comportamentos e ações cotidianas das instituições de saúde, fundamentado no uso otimizado dos recursos disponíveis, na maior satisfação dos clientes internos e externos e na redução de riscos (Madalozzo *et al.*, 2021).

Com o avanço e surgimento de novas tecnologias, houve um aumento considerável da ocorrência de EA e falhas nos serviços assistenciais prestados. Isso se deve ao fato de que anteriormente os tratamentos eram mais simples e seguros, com o avanço da tecnologia, as terapias se tornaram mais eficazes, porém mais complexas, necessitando de maiores níveis atenção e habilidade dos profissionais da área da saúde (Barbosa *et al.*, 2021).

O cuidado intensivo evoluiu a partir de um reconhecimento histórico que as necessidades dos pacientes com infarto agudo e doenças ou lesões com risco de vida poderiam ser melhor tratados se fossem agrupados em áreas específicas do hospital. Enfermeiras reconheceram há muito tempo que os pacientes muito doentes recebem mais atenção se eles estão localizados perto do posto de enfermagem. Inclusive Florence Nightingale, por volta de 1854, de posse desse entendimento, discorreu sobre as vantagens da criação de uma área hospitalar isolada do hospital para pacientes em recuperação de cirurgia, idealizando as futuras unidades de terapia intensiva. (Florence Enfermagem, 2023).

No entanto, o surgimento das UTIs delimitadas por uma área física se deu no início do século passado. No Brasil, o surgimento das primeiras UTIs data de 1960 no Hospital do Servidor do Estado do Rio de Janeiro e de 1961 no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tendo-se desenvolvido nas demais regiões a partir de 1970 (Lino; Silva, 2001).

As UTIs exercem um papel decisivo na chance de sobrevivência dos pacientes graves, sejam decorrentes de trauma ou qualquer outro tipo de ameaça à vida. Tal papel tem crescido devido ao aumento da demanda, principalmente em decorrência da maior violência civil, e da melhora da qualidade do suporte à vida que tem acompanhado a tecnologia de ponta (De Sá *et al.*, 2022).

Diante dos desafios das UTIs e mobilização mundial voltada para a SP, líderes da área médica de Medicina Intensiva, reuniram-se em Viena, na Áustria, em 11 de outubro de 2009 e assinaram a Declaração de Viena. Esse acordo objetiva desenvolver critérios de segurança que possam ser usados por UTIs em todo o mundo para melhorar suas práticas de segurança e aumentar a qualidade dos cuidados prestados em benefício de todos os nossos pacientes (Tlili *et al.*, 2021).

No contexto brasileiro, a RDC 7, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de UTIs e outras providências, inclui a SP como uma de suas importantes determinações ao estabelecer que as instituições de saúde devem buscar a redução e minimização da ocorrência dos EA. Para isso, determina a realização de gerenciamento dos riscos inerentes às atividades realizadas na UTI, bem como aos produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária. Indica também que a equipe da UTI deve definir e monitorar indicadores de avaliação da prevenção ou redução dos EA pertinentes à unidade (BRASIL, 2013).

No Brasil, de 2015 a 2019, segundo dados do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), foram notificados 264.033 incidentes em saúde, sendo o ambiente de

internação hospitalar o local com maior número de notificações (n=13.4235) e a UTI sendo responsável por 28,84% (n = 73.825) dos incidentes notificados no período (Hang, *et al.*, 2023).

Uma revisão sistemática sobre a incidência e previsibilidade de EA que requerem internação em terapia intensiva constatou que a porcentagem de EAs cirúrgicos e médicos que exigiram internação na UTI variou de 1,1% a 37,2%. Além disso, este estudo mostrou que 60% desses EAs eram evitáveis, e essa evitabilidade foi significativamente diferente entre as especialidades (45% nos serviços médicos, 50% nos departamentos cirúrgicos e 70% nas UTIs (Tlili *et al.*, 2021).

Uma UTI segura possui algumas características em sua cultura: liderança firme e respeitosa; comunicação aberta entre todos os membros da equipe multiprofissional; espírito de equipe entre todos os profissionais que trabalham juntos de forma organizada, cooperativa, complementar e responsável; reação rápida e eficiente aos desafios de mudança na busca de novos resultados; estabelecimento de uma cultura de prevenção de riscos por meio da adoção de processos claros e definidos pelos profissionais que executam as ações de saúde; relato sistemático e reação rápida para correção dos eventos adversos, com foco na correção dos processos, baseado no princípio não punitivo, tendo-se em vista que na maioria das vezes os erros são consequência de uma sucessão de eventos (Barbosa *et al.*, 2021).

4 MÉTODO

4.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo transversal, do tipo *survey*, de abordagem descritiva, quantitativa e comparativa por meio de um questionário com vistas a conhecer a percepção de enfermeiros intensivistas sobre cultura de segurança do paciente. O estudo ocorre em um determinado ponto no tempo, sendo assim, transversal. Entende-se que é do tipo *survey*, pois as informações são coletadas por meio de um instrumento estruturado que se refere às opiniões dos indivíduos, como pode ocorrer nesse modelo de estudo.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em dois hospitais localizados em Recife, capital do estado de Pernambuco, a saber: um hospital federal e um hospital privado, representados respectivamente pelas representações Hospital A e Hospital B. A escolha dos hospitais se deu pela representatividade deles na prestação de cuidados de saúde.

O hospital A é um hospital universitário, público, de grande porte, com um total de 410 leitos e desde 2014, é administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Realiza uma média de 5600 consultas ambulatoriais, 748 internações e 547 cirurgias a cada mês. Ao todo, o hospital conta com 13 leitos de Terapia Intensiva adulto, sendo 5 da UTI clínica e 8 da UTI cirúrgica. (BRASIL, 2023). Possui Núcleo de Segurança do Paciente desde 2014, em conformidade com a Diretriz para implantação dos núcleos e planos de segurança do paciente nas filiais EBSERH.

O hospital B é o maior centro médico privado das regiões Norte – Nordeste do país. Com um total de 850 leitos ativos, realiza mensalmente cerca de 15000 atendimentos nas emergências e 2500 internamentos em diversas especialidades. Possui acreditação internacional pela *Joint Commission International* (JCI) desde 2016 e pelo Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem (PADI). Possui Núcleo de Segurança do Paciente desde 2014. No total, dispõe de 10 unidades de UTI, distribuídas entre UTI geral adulto, onco-hematológica, cardiorrespiratória,

neurológica, nefrológica, transplante, coronariana, cirurgia torácica, cirurgia cardíaca, neonatal e pediátrica (RHP, 2021).

4.3 População

A população do estudo foi composta por enfermeiros que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva adulto. A amostra foi composta pelos profissionais que aceitaram participar mediante concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que se enquadravam no seguinte critério de inclusão: possuir vínculo trabalhista no setor de UTI adulto da instituição por um período mínimo de 12 meses, dado que o instrumento de coleta de dados possui uma pergunta que avalia o último ano do profissional no setor em que trabalha. Foram excluídos da pesquisa, enfermeiros que exerciam cargo administrativo/assistência indireta e/ou que estavam afastados das atividades laborais por atestado médico, férias ou licença maternidade durante o período da coleta de dados.

No Hospital A atuam 18 enfermeiros no quadro de pessoal da Unidade de Terapia Intensiva adulto (possui 13 leitos) e destes, 6 responderam ao instrumento e houve uma recusa. No Hospital B foi obtido um total de 12 respostas ao instrumento, porém, foi feito um recorte de 6 instrumentos utilizando o critério de terem sido respondidos por enfermeiros que atuavam em uma UTI de atendimento adulto e geral, assim como a do Hospital A. Essa UTI possui 21 leitos, 6 enfermeiros no turno diurno e 4 no noturno em seu quadro de pessoal. Desta forma, foi possível estabelecer uma semelhança entre os participantes dos hospitais, bem como equiparar o quantitativo das amostras. Em resumo, então, a amostra final foi composta por 6 enfermeiros do Hospital A e 6 do hospital B, totalizando 12 profissionais.

4.4 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados iniciou-se após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) das duas instituições hospitalares e compreendeu o período de dezembro de 2023 a janeiro de 2024, posterior à autorização recebida pelos setores responsáveis de cada local.

Os dados foram coletados por um grupo de pesquisa composto pela própria pesquisadora, sua orientadora, uma residente de enfermagem e uma aluna da graduação. A residente de

enfermagem e a aluna de graduação foram esclarecidas e orientadas acerca de todos os aspectos desse estudo e da presente temática para que a coleta de dados ocorresse da forma mais orientada e objetiva possível. A coleta ocorreu após explanação dos objetivos do estudo para os colaboradores, sensibilização e planejamento com colaboração dos órgãos competentes de cada instituição.

O questionário impresso em papel foi entregue em mãos, individualmente para cada participante e recolhido após preenchimento. Caso o participante não pudesse responder naquele momento, era acordado um outro momento, visto que a coleta de dados ocorreu durante o período laboral. Com o propósito de facilitar a coleta dos dados, evitou-se abordar os participantes durante a passagem de plantão e em horário de refeições.

Foi utilizado o instrumento HSOPSC versão 1.0 (ANEXO A), desenvolvido por duas pesquisadoras (SORRA; NIEVA, 2004) em parceria com a *Agency for Healthcare Research and Quality* – AHRQ (Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde), nos EUA. É um instrumento de acesso e utilização livre. Ele avalia o grau de concordância do profissional sobre a CSP através de escala de cinco pontos do tipo *Likert*. Ele é composto por nove seções nomeadas de A à I que se subdivide em 44 itens e aborda 12 dimensões da cultura de segurança (Reis, 2013).

Conforme orientação, o HSOPSC pode ser utilizado em um setor específico, como é o caso desse estudo, mas também com equipes de várias áreas das instituições, desde que a carga de trabalho do profissional seja de pelo menos 20 horas. O objetivo é avaliar a cultura de segurança já implementada, buscando manter os métodos bem sucedidos, reforçando os que ainda estão em andamento, identificando as áreas de maior fragilidade, em que são necessárias implantações de melhorias, almejando cada vez mais a qualidade da assistência. (Reis; Laguardia; Martins, 2012)

Na maioria das questões, o participante pode optar por uma das alternativas a seguir: discorda fortemente (1), discorda (2), nenhum dos dois (3), concorda (4) e concorda fortemente (5). Outros itens utilizam uma escala de 5 pontos de frequência: nunca (1), raramente (2), às vezes (3), quase sempre (4) e sempre (5). Algumas questões foram formuladas com teor negativo nas afirmações e outras de forma positiva, sendo que as negativas são avaliadas de forma inversa. Uma das questões oferece opção de respostas como excelente, muito boa, regular, ruim e muito ruim para qualificar a segurança do paciente. Também questiona quantas notificações de EA o participante preencheu e apresentou nos últimos 12 meses. Possui ainda questões voltadas para a caracterização sociodemográfica dos participantes (Reis, 2013).

Através das suas seções, o instrumento proporciona a observação de influências que atuam na cultura de segurança da instituição, e suas diferenças entre níveis de gestão, sendo que para o seu preenchimento são necessários cerca de 15 minutos do participante.

As dimensões, os itens, as variáveis de resultados e os indicadores do questionário HSOPSC são descritos no quadro 1.

Quadro 1- Distribuição das dimensões, itens, resultados e indicadores do HSOPSC.

Dimensões	Itens
1. Trabalho em equipe dentro das unidades	A1- As pessoas apoiam umas às outras
	A3- Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo rapidamente
	A4- As pessoas se tratam com respeito
	A11- Quando uma área desta unidade de trabalho fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam
2. Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores	B1- Meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente
	B2- O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente
	B3r- Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”
	B4r- O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente
3. Aprendizado organizacional	A6- Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente
	A9- Erros têm levado a mudanças positivas por aqui
	A13- Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade
4. Retorno da informação e comunicação do erro	C1- Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir da notificação de eventos
	C3- Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade
	C5- Na unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente
5. Abertura de comunicação	C2- Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente
	C4- Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores
	C6r- Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo
6. Profissionais	A2- Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho
	A5r- Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente
	A7r- Utilizamos mais profissionais do que seria desejável para o cuidado do paciente
	A14r- Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido
7. Resposta não punitiva ao erro	A8r- Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles
	A12r- Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema
	A16r- Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais
8. Suporte da gestão para a segurança do paciente	F1- A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente
	F8- As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade
	F9r- A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.

9. Trabalho em equipe entre as unidades	F4- Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto
	F10- As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes
	F2r- As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si
	F6r-Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital
10. Passagem de plantão ou transferências internas	F3r- O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra
	F5r- É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno
	F7r- Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital
	F11r- Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes
11. Percepções gerais sobre segurança do paciente	A15- A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída
	A18- Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros
	A10r- É apenas por acaso que erros não acontecem por aqui
	A17r- Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente
12. Frequência de eventos notificados	D1- Quando ocorre erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?
	D2- Quando ocorre erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?
	D3- Quando ocorre erro que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado
12 dimensões	42 itens
Avaliação da segurança do paciente	Avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital
Número de eventos notificados	Nos últimos doze meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?

Legenda: “r” item escrito negativamente

Fontes: SORRA; NIEVA, 2004; SORRA *et al.*, 2007

Conforme a AHRQ (2007), as dimensões acima apresentadas são distribuídas em 7 dimensões ao nível da unidade e 3 dimensões ao nível hospitalar, bem como algumas variáveis de resultados e indicadores (Sorra *et al.*, 2007), quadro 2.

Quadro 2 – Dimensões da Cultura de segurança do paciente distribuídas em níveis

Dimensão ao nível da unidade	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe dentro das unidades • Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores • Aprendizado organizacional • Retorno da informação e comunicação a respeito do erro • Abertura de comunicação • Profissionais • Resposta não punitiva ao erro
Dimensão ao nível do hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio da gestão para a segurança do paciente

	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe entre as unidades • Passagem de plantão ou transferências internas
Variáveis de resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Percepções gerais sobre segurança do paciente • Frequência de eventos notificados
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da segurança do paciente • Número de eventos notificados

Fontes: Sorra; Nieva, 2004; Sorra *et al.*, 2007.

O instrumento é distribuído por várias seções, de A a G. Cada seção possui a seguinte distribuição:

- Seção A: 18 perguntas direcionadas para as dimensões: Trabalho em equipe dentro das unidades; Aprendizado organizacional; Profissionais; Resposta não punitiva ao erro; Avaliação da segurança do paciente;
- Seção B: 4 perguntas direcionadas para a dimensão Superior hierárquico; Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores/gestor;
- Seção C: 6 perguntas direcionadas para a dimensão Abertura de comunicação; Retorno da informação e Comunicação a respeito de erro;
- Seção D: 3 perguntas direcionadas para a dimensão Frequência de eventos relatados;
- Seção E: 1 pergunta direcionada para Avaliação da segurança do paciente;
- Seção F: 11 perguntas direcionadas para as dimensões Apoio da gestão para a segurança do paciente; Trabalho em equipe entre as unidades; Passagem de plantão ou transferências internas;
- Seção G: 1 pergunta direcionada para o número de eventos notificados;
- Seção H: 11 perguntas sobre características dos respondentes e do hospital.

Os dois indicadores de resultados, um sobre avaliação geral da SP inclui cinco opções de respostas desde excelente a ruim; outro sobre o número de eventos notificados também com cinco opções de respostas desde nenhuma a mais de 20 notificações de eventos.

A metodologia proposta pela AHRQ (Sorra; Nieva, 2004), recomenda após a coleta de dados que seja feita a recodificação para uma escala de 3 categorias, em que as duas categorias (1) e (2) são agregadas em negativo, bem como as duas categorias mais elevadas (4) e (5) em positivo, sendo que o valor central da escala é tratado como neutro (Quadro 3).

Quadro 3 – Recodificação da escala de respostas do HSOPSC em 3 categorias

1	2	3	4	5
Discordo totalmente (DT)	Discordo (D)	Não concordo/Não discordo (NC)	Concordo (C)	Concordo totalmente (CT)
Nunca	Raramente	Por vezes	Quase sempre	Sempre

Legenda: Vermelho: negativo; Cinza: neutro e Verde: positivo.

Fonte: Sorra; Nieva, 2004.

Para a composição das frequências e percentuais de respostas, a AHRQ (Sorra; Nieva, 2004) recomenda que:

Para cada dimensão e item da dimensão:

- % das respostas positivas da dimensão X ou ao item da dimensão X = n° de respostas positivas aos itens da dimensão X / n° total de respostas válidas aos itens da dimensão X (positivas, neutras e negativas, excluindo os dados ausentes) x 100.

Os dados das dimensões devem ser classificados da seguinte forma:

- Respostas positivas iguais ou maiores de 75% serão “áreas fortes da segurança do paciente”;
- Respostas positivas iguais ou menores de 50% serão “áreas frágeis da segurança do paciente”;
- Respostas positivas entre 51 a 74% como “áreas neutras ou indefinidas de segurança do paciente”.

As médias de percentual de valores positivos devem ser calculados fazendo a média de todos os itens de percentual positivo, bem como a média ao nível da dimensão em todo grupo. Desse modo, o percentual positivo é apresentado como uma média geral de avaliação da CSP.

4.5 Análise e organização dos dados

Os instrumentos foram organizados e numerados de forma crescente iniciando pelo numeral 01. Os dados foram digitados em um banco de dados eletrônico construído na ferramenta Microsoft Office Excel®. Para garantir o controle de qualidade dos dados digitados, foi utilizado o processo de dupla digitação. Foi feita uma revisão dos questionários e suas respostas, visto que a AHRQ recomenda que questionários com preenchimento inferior a cinquenta por cento do total de itens

e/ou com a mesma resposta em todos os itens devem ser descartados, pois podem indicar possível desatenção quanto ao preenchimento por parte do participante. Não houve perda de questionários nessa fase.

Posteriormente, os dados foram validados e transferidos para o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*®, versão 22.0, onde houve a construção da base de dados, gerenciamento dos dados, tratamento de variáveis e execução das análises estatísticas descritivas. Foram utilizados gráficos, tabelas e quadros para uma melhor visualização e compreensão dos resultados.

Optou-se nesse estudo não realizar análise dos dados referente à última pergunta aberta do questionário direcionada para os enfermeiros registrarem comentários livres sobre a segurança do paciente.

4.6 Aspectos éticos

Respeitando a Resolução Nº 466/2012 e a 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto desta pesquisa foi encaminhado para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). O estudo foi avaliado e aprovado sob o parecer CAEE: 76712123.5.0000.9030 (ANEXO B).

5 RESULTADOS

Primeiramente, apresentam-se as características dos enfermeiros que responderam ao questionário. Posterior, apresentam-se os resultados e a comparação entre as variáveis das dimensões da cultura de segurança do paciente nos dois hospitais.

5.1 PERFIL DOS ENFERMEIROS QUE AVALIARAM A CULTURA DE SEGURANÇA DOS HOSPITAIS PARTICIPANTES

A tabela 1 apresenta as principais características dos enfermeiros participantes do estudo, as informações foram extraídas da seção sobre o perfil social e do trabalho.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos enfermeiros intensivistas do Hospitais A e Hospital B. Recife, Pernambuco, Brasil, 2024.

Características dos enfermeiros		HA (n=6)	HB (n=6)	Total (n=12)
Sexo	Feminino	4 (66,6%)	6 (100%)	10 (83,3%)
	Masculino	2 (33,3%)	-	2 (16,6%)
Formação acadêmica	Especialização	6 (100%)	5 (83,3%)	11 (91,6%)
	Residência	-	1 (16,6%)	1 (8,3%)
Horas trabalhadas por Semana	20 a 39h	6 (100%)	-	6 (50%)
	≥40	-	6 (100%)	6 (50%)
Experiência na instituição	1 a 5 anos	1 (16,6%)	1 (16,6%)	2 (16,6%)
	6 a 10 anos	5 (83,3%)	1 (16,6%)	6 (50%)
	11 a 15 anos	-	3 (50%)	3 (25%)
	16 a 20 anos	-	1 (16,6%)	1 (8,3%)
Experiência na unidade	1 a 5 anos	1 (16,6%)	1 (16,6%)	4 (33,3%)
	6 a 10 anos	5 (83,3%)	2 (33,3%)	7 (58,3%)
	11 a 15 anos	-	3 (50%)	3 (25%)
	16 a 20 anos	-	-	-
Experiência na profissão em anos	Média	6,83	11	
Idade	Média	39,3	38,3	

Algumas informações não foram apresentadas na Tabela 1 devido ao fato de que eram condição essencial para a inclusão do participante no estudo, como ser enfermeiro, atuar em Unidade de Terapia Intensiva Adulto e prestar assistência direta ao paciente. Todos responderam afirmativamente a essas variáveis.

Na variável “Horas trabalhadas na semana” somente foram marcadas as opções 20 a 39h e 40h ou mais horas semanais e em “Formação acadêmica” somente foram marcadas as opções Especialização e Residência. Por esse motivo, optou-se em realizar a dicotomia dessa variável para simplificar a análise de dados. Investigadores afirmam que dicotomizar variáveis é comum em

A1	-	-	-	-	-	1 16,6%	5 83,3%	5 83,3%	1 16,6%	-
A3	-	-	1 16,6%	-	-	-	1 16,6%	6 100%	4 66,6%	-
A4	-	-	-	-	-	1 16,6%	5 83,3%	5 83,3%	1 16,6%	-
A11	2 33,3%	-	1 16,6%	1 16,6%	3 50%	2 33,3%	-	2 33,3%	-	1 16,6%
Dimensão: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores										
B1	-	-	-	-	2 33,3%	1 16,6%	4 66,6%	5 83,3%	-	-
B2	-	-	-	1 16,6%	-	2 33,3%	3 50%	3 50%	3 50%	-
B3r	4 66,6%	-	2 33,3%	6 100%	-	-	-	-	-	-
B4r	5 83,3%	-	1 16,6%	6 100%	-	-	-	-	-	-
Dimensão: Aprendizado organizacional e melhoria contínua										
A6	-	-	-	-	-	-	3 50%	5 83,3%	3 50%	1 16,6%
A9	-	-	-	-	-	-	3 50%	5 83,3%	3 50%	1 16,6%
A13	-	-	-	1 16,6%	2 33,3%	-	1 16,6%	3 50%	3 50%	2 16,6%
Dimensão: Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente										
F1	-	-	3 50%	2 33,3%	1 16,6%	1 16,6%	2 33,3%	3 50%	-	-
F8	-	-	3 50%	-	1 16,6%	-	-	1 16,6%	2 33,3%	5 83,3%
F9r	-	-	1 16,6%	1 16,6%	3 50%	1 16,6%	2 33,3%	4 66,6%	-	-
Dimensão: Percepção geral de segurança do paciente										
A10r	1 16,6%	-	3 50%	-	-	-	-	6 100%	2 33,3%	-
A15	-	-	2 33,3%	4 66,6%	2 33,3%	-	-	2 33,3%	2 33,3%	-
A17r	-	-	1 16,6%	-	2 33,3%	2 33,3%	3 50%	4 66,6%	-	-
A18	-	-	1 16,6%	-	3 50%	2 33,3%	-	4 66,6%	2 33,3%	-
Dimensão: Retorno das informações e da comunicação sobre erros										
C1	-	-	-	3 50%	-	3 50%	3 50%	-	3 50%	-
C3	-	-	-	-	2 33,3%	4 66,6%	1 16,6%	2 33,3%	3 50%	-
C5	-	-	-	1 16,6%	-	3 50%	1 16,6%	2 33,3%	5 83,3%	-
Dimensão: abertura da comunicação										
C2	-	-	-	-	-	4 66,6%	2 33,3%	2 33,3%	4 66,6%	-
C4	-	-	-	1 16,6%	2 33,3%	5 83,3%	3 50%	-	1 16,6%	-
C6r	4 66,6%	-	-	2 33,3%	2 33,3%	3 50%	-	1 16,6%	-	-
Dimensão: frequência de eventos notificados										
D1	-	2 33,3%	-	1 16,6%	2 33,3%	3 50%	1 16,6%	-	3 50%	-
D2	-	-	-	-	-	1	3	2	3	3

						16,6%	50%	33,3%	50%	50%
D3	-	-	2 33,3%	-	-	1 16,6%	1 16,6%	1 16,6%	3 50%	4 66,6%
Dimensão: trabalho em equipe entre as unidades										
F2r	-	-	3 50%	4 66,6%	1 16,6%	-	2 33,3%	2 33,3%	-	-
F4	-	-	1 16,6%	2 33,3%	3 50%	-	-	4 66,6%	2 33,3%	-
F6r	-	-	-	2 33,3%	5 83,3%	1 16,6%	1 16,6%	3 50%	-	-
F10	-	-	3 50%	-	2 33,3%	1 16,6%	1 16,6%	5 83,3%	-	-
Dimensão: profissionais										
A2	2 33,3%	4 66,6%	3 50%	1 16,6%	1 16,6%	-	-	1 16,6%	-	-
A5r	1 16,6%	3 50%	1 16,6%	2 33,3%	2 33,3%	-	2 33,3%	-	-	1 16,6%
A7r	3 50%	-	3 50%	5 83,3%	-	-	-	-	-	1 16,6%
A14r	-	-	2 33,3%	1 16,6%	2 33,3%	1 16,6%	-	4 66,6%	2 33,3%	-
Dimensão: Passagem de plantão/turno e transferências internas										
F3r		-	2 33,3%	3 50%	1 16,6%	1 16,6%	1 16,6%	2 33,3%	2 33,3%	-
F5r	2 33,3%	-	1 16,6%	5 83,3%	-	1 16,6%	3 50%	-	-	-
F7r	-	-	2 33,3%	4 66,6%	-	1 16,6%	4 66,6%	1 16,6%	-	-
F11r	3 50%	-	1 16,6%	1 16,6%	-	2 33,3%	2 33,3%	3 50%	-	-
Dimensão: Respostas não punitivas aos erros										
A8r	3 50%	6 100%	2 33,3%	-	-	-	1 16,6%	-	-	-
A12r	3 50%	4 66,6%	3 50%	1 16,6%	-	-	-	1 16,6%	-	-
A16r	-	5 83,3%	6 100%	1 16,6%	-	-	-	-	-	-

Legenda: 1: No quadro 1, nas pág. 34 e 35, há a descrição por extenso correspondente a cada código utilizado. 2= A letra r significa que a afirmação é negativa e a resposta é analisada de forma inversa. 3= Optou-se por incluir somente o código para objetivar e minimizar a extensão da presente quadro. 2= DT (discordo totalmente), D (discordo), N (neutro, nem concordo nem discordo), C (concordo) e CT (concordo totalmente). 4= A cor azul representa o Hospital A e a cor rosa representa o Hospital B.

5.2.1 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE AO NÍVEL DAS UNIDADES/SERVIÇOS

Neste item são destacados os resultados das 7 dimensões da cultura de segurança do paciente voltadas ao nível da unidade/serviço, apresentado na Tabela 2, onde consta as

porcentagens negativas, neutras e positivas. No quadro 1 das páginas 34 e 35 encontra-se a correspondência dos códigos dos itens conforme as dimensões.

Tabela 2 – Resultados das dimensões ao nível das unidades/serviço no Hospital A e Hospital B. Recife, Pernambuco, Brasil, 2024.

Aspectos ao nível das unidades/serviço	Hospital A			Hospital B		
	% Negativo	% Neutro	% Positivo	% Negativo	% Neutro	% Positivo
1. Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços			70,8			79
A1	-	-	100	-	16,6	83,3
A3	16,6	-	83,3	-	-	100
A4	-	-	100	-	16,6	83,3
A11	50	50	-	16,6	33,3	50
2. Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores			91,6			83,3
B1	-	33,3	66,6	-	16,6	83,3
B2	-	-	100	16,6	33,3	50
B3r	-	-	100	-	-	100
B4r	-	-	100	-	-	100
3. Aprendizado organizacional			88,8			94,4
A6	-	-	100	-	-	100
A9	-	-	100	-	-	100
A13	-	33,3	66,6	16,6	-	83,3
4. Retorno informação e comunicação a respeito de erro			88,8			22,2
C1	-	-	100	50	50	-
C3	-	33,3	66,6	-	66,6	33,3
C5	-	-	100	16,6	50	33,3
5. Abertura de comunicação			77,7			16,6
C2	-	-	100	-	66,6	33,3
C4	-	33,3	66,6	16,6	83,3	-
C6r	-	33,3	66,6	33,3	50	16,6
6. Profissionais			41,6			29,1
A2	83,3	16,6	-	83,3	-	16,6
A5r	33,3	33,3	33,3	83,3	-	16,6
A7r	-	-	100	83,3	-	16,6
A14r	33,3	33,3	33,3	16,6	16,6	66,6
7. Resposta não punitiva ao erro			96,4			5,5
A8r	16,6	-	83,3	100	-	-
A12r	-	-	100	83,3	-	16,6
A16r	-	-	100	100	-	-

No HA as dimensões “Resposta não punitiva ao erro” (96,4%), “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores” (91,6%) e “Aprendizado organizacional” e “Retorno da informação e comunicação a respeito de erro”, ambas com 88,8% atingiram as maiores médias positivas, enquanto no HB foram as dimensões “Aprendizado organizacional” (94,4%),

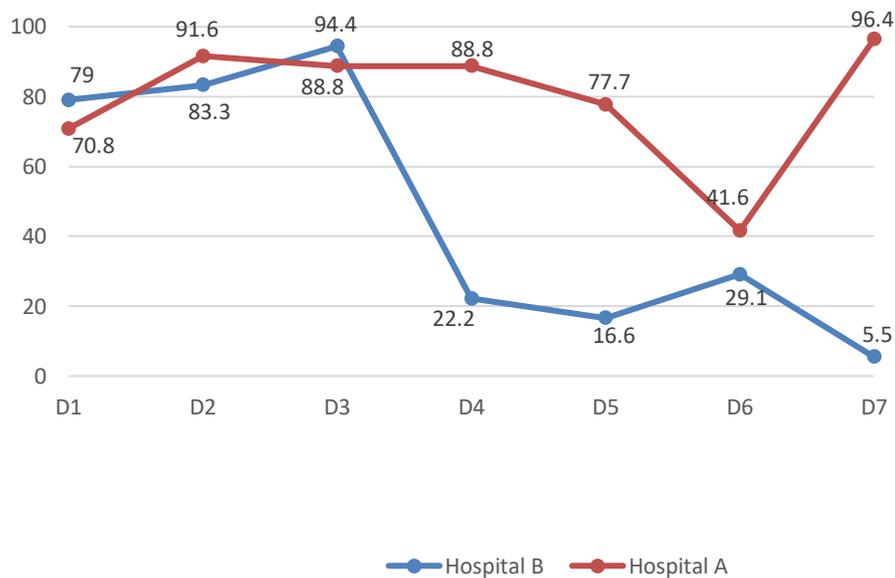
“Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores” (83,3%) e “Trabalho em equipe dentro das unidades” (79%) as que obtiveram maiores valores.

Valores neutros foram encontrados apenas na dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços” (70,8%) no HA.

As médias negativas foram identificadas nas dimensões “Profissionais” (41,6%) no HA e “Resposta não punitiva ao erro” (5,5%), “Abertura de comunicação” (16,6%) e “Retorno informação e comunicação a respeito de erro” (22,2%) e “Profissionais” (29,1%) no HB.

O gráfico 1 favorece a visualização das médias positivas, nas dimensões apresentadas, em que o HA possui a maior média na dimensão “Resposta não punitiva ao erro” (96,4%) e o HB na dimensão “Aprendizado organizacional” (94,4%), enquanto as menores médias foram na dimensão “Profissionais” (41,6%) no HA e na dimensão “Resposta não punitiva ao erro” (5,5%), no HB. As dimensões estão representadas pela letra D seguida do numeral que a identifica.

Gráfico 1 – Médias positivas ao nível das unidades/serviços no Hospital A e Hospital B. Recife, Pernambuco, Brasil, 2024.



Após realizar a interpretação desses dados com a análise recomendada de que dimensões onde a média positiva for $\geq 75\%$, são definidas como áreas fortes, identificamos em ambos os hospitais as seguintes dimensões como áreas fortes: “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores” e “Aprendizado organizacional”. Individualmente, o HA avaliou a

dimensão “Resposta não punitiva ao erro” (96,4%), “Retorno da informação e comunicação sobre erros” (88,8%) e “Abertura da comunicação” (77,7%) também como áreas fortes.

Uma área é definida como frágil quando a média dos itens positivos é $\leq 50\%$. No HA a dimensão “Profissionais” (41,6%) foi considerada frágil, enquanto no HB as dimensões “Resposta não punitiva ao erro” (5,5%), “Abertura da comunicação” (16,6%), “Retorno da informação e comunicação sobre erros” (22,2%) e “Profissionais” (29,1%) foram avaliadas como frágeis.

A única dimensão neutra foi “Trabalho em equipe dentro das unidades” (70,8%) no HA.

No que diz respeito à avaliação dessas dimensões os resultados demonstram médias mais elevadas no HA comparado ao HB. O HA obteve 5 dimensões fortes, enquanto o HB obteve 3.

5.2.2 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE AO NÍVEL DO HOSPITAL

Neste item são destacados os resultados das 3 dimensões da cultura de segurança do paciente voltadas ao nível do hospital, apresentado na tabela 3. No quadro 1 das páginas 34 e 35 encontra-se a correspondência dos códigos dos itens conforme as dimensões.

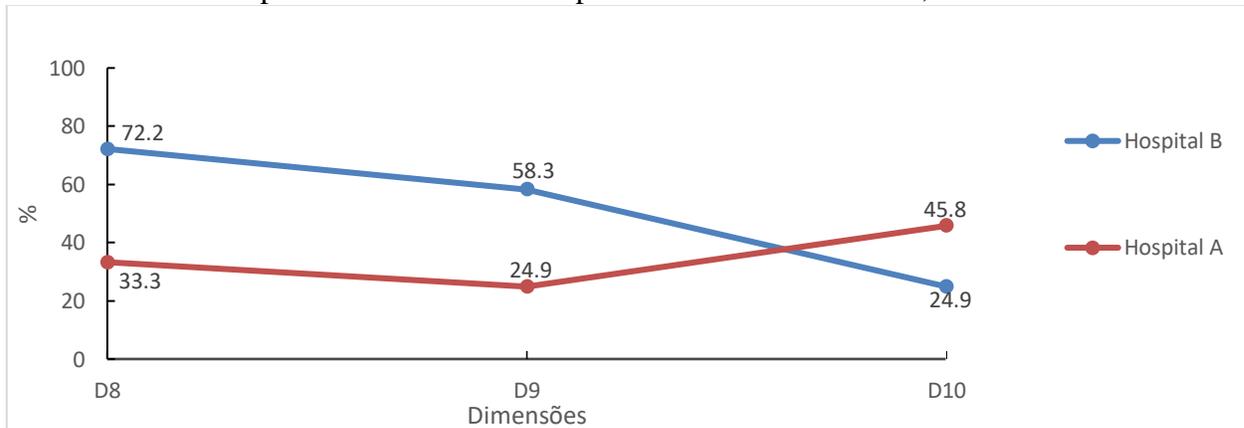
Tabela 3 – Resultados das dimensões ao nível do hospital no HA e HB – Recife/PE, 2024.

Aspectos ao nível das unidades/serviço	Hospital A			Hospital B		
	% Negativo	% Neutro	% Positivo	% Negativo	% Neutro	% Positivo
8. Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente			33,3			72,2
F1	50	16,6	33,3	33,3	16,6	50
F8	50	16,6	33,3	-	-	100
F9r	16,6	50	33,3	16,6	16,6	66,6
9. Trabalho em equipe entre as unidades			24,9			58,3
F4	16,6	50	33,3	33,3	-	66,6
F10	50	33,3	16,6	-	16,6	83,3
F2r	33,3	16,6	50	66,6	-	33,3
F6r	16,6	83,3	-	33,3	16,6	50
10. Passagem de plantão ou transferências internas			45,8			24,9
F3r	50	16,6	33,3	50	16,6	33,3
F5r	50	-	50	83,3	16,6	-
F7r	66,6	-	33,3	66,6	16,6	16,6
F11r	33,3	-	66,6	16,6	33,3	50

No HA, “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” obteve 33,3% de respostas positivas, “Trabalho em equipe entre as unidades” pontuou 24,9% e “Passagem de plantão ou transferências internas” 45,8%. No HB a dimensão “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” obteve 72,2% de respostas positivas, “Trabalho em equipe entre as unidades” pontuou 58,3% e “Passagem de plantão ou transferências internas” 24,9%.

O gráfico 2 favorece a visualização das médias, nas dimensões apresentadas, em que o HA possui a maior média na dimensão “Passagem de plantão ou transferências internas” 45,8% e o HB em “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” (72,2%), enquanto as menores médias foram na dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades” 24,9% no HA, e na dimensão “Passagem de plantão ou transferências internas” 24,9% no HB.

Gráfico 2 – Médias positivas ao nível do hospital HA e HB – Recife/PE, 2024.



Após realizar a interpretação desses dados com a análise recomendada de que dimensões onde a média positiva for $\geq 75\%$, nenhuma dimensão foi considerada como área forte.

Todas as dimensões do HA foram consideradas frágeis (média de itens positivos $\leq 50\%$), como se observa a seguir: “Apoio da gestão para a segurança do paciente” (33,3%), “Trabalho em equipe entre as unidades” (24,9%) e “Passagem de plantão ou transferências internas” (45,8%). No HB a dimensão “Passagem de plantão ou transferências internas” (47,91%) também foi considerada frágil.

As dimensões “Apoio da gestão para a segurança do paciente” (72,2%) e “Trabalho em equipe entre unidades” (58,3%), no HB, foram consideradas neutras.

No que diz respeito à avaliação dessas dimensões os resultados demonstram médias mais elevadas no HB comparado ao HA. O HB obteve 2 dimensões neutras e 1 frágil, enquanto no HA, todas foram consideradas frágeis.

5.2.3 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE DOS RESULTADOS GERAIS

Neste item são destacados os resultados das 3 dimensões da cultura de segurança do paciente que se referem aos aspectos gerais da segurança do paciente, apresentado na tabela 4. No quadro 1 das páginas 38 e 39 encontra-se a correspondência dos códigos dos itens conforme as dimensões.

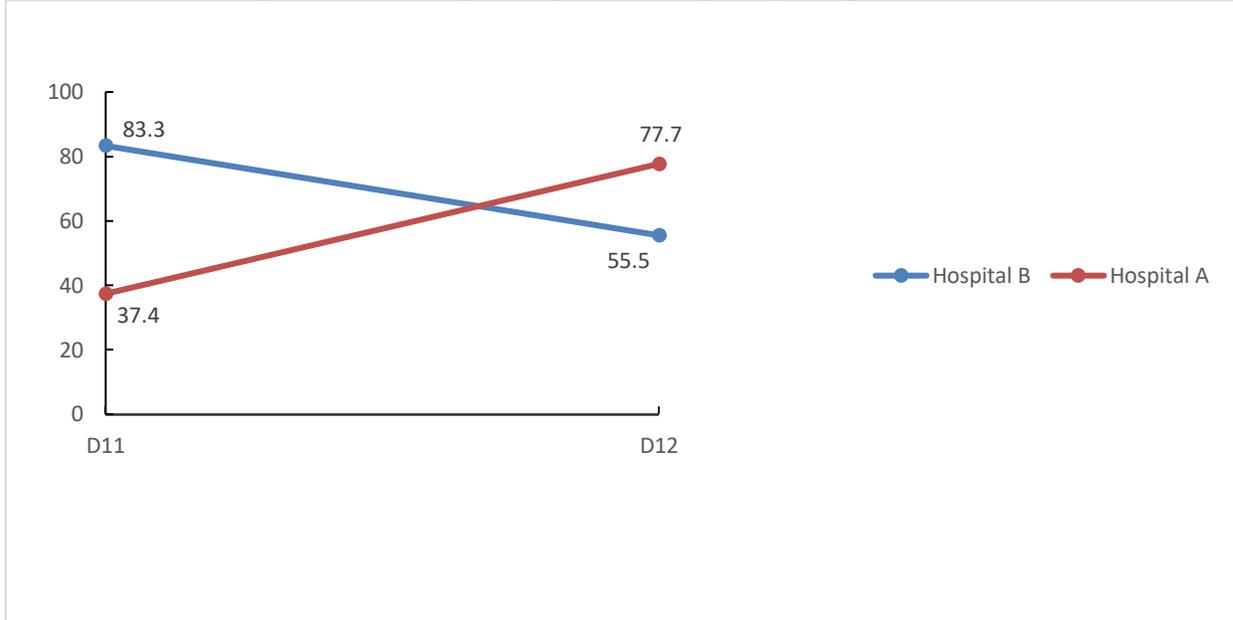
Tabela 4 – Resultados das dimensões dos aspectos gerais de segurança do paciente no Hospital A e Hospital B. Recife, Pernambuco, Brasil, 2024.

Aspectos ao nível das unidades/serviço	Hospital A			Hospital B		
	% Negativo	% Neutro	% Positivo	% Negativo	% Neutro	% Positivo
11. Percepção geral sobre segurança do paciente			37,4			83,3
A15	33,3	33,3	33,3	-	-	100
A18	16,6	50	33,3	-	33,3	66,6
A10r	33,3	-	66,6	-	-	100
A17r	50	33,3	16,6	-	33,3	66,6
12. Frequência de eventos notificados			77,7			55,5
D1	-	33,3	66,6	50	50	-
D2	-	-	100	-	16,6	83,3
D3	33,3	-	66,6	-	16,6	83,3

No HA a dimensão “Percepção geral sobre segurança do paciente” foi avaliada positivamente por 37,4% no HA e por 83,3% no HB e a dimensão “Frequência de eventos notificados” atingiu 77,7% de avaliação positiva no HA, enquanto no HB, obteve 55,5%.

O gráfico 3 favorece a visualização das médias, nas dimensões apresentadas, em que o HA possui a maior média na dimensão “Frequência de eventos notificados” e o HB na Percepção geral sobre segurança do paciente”.

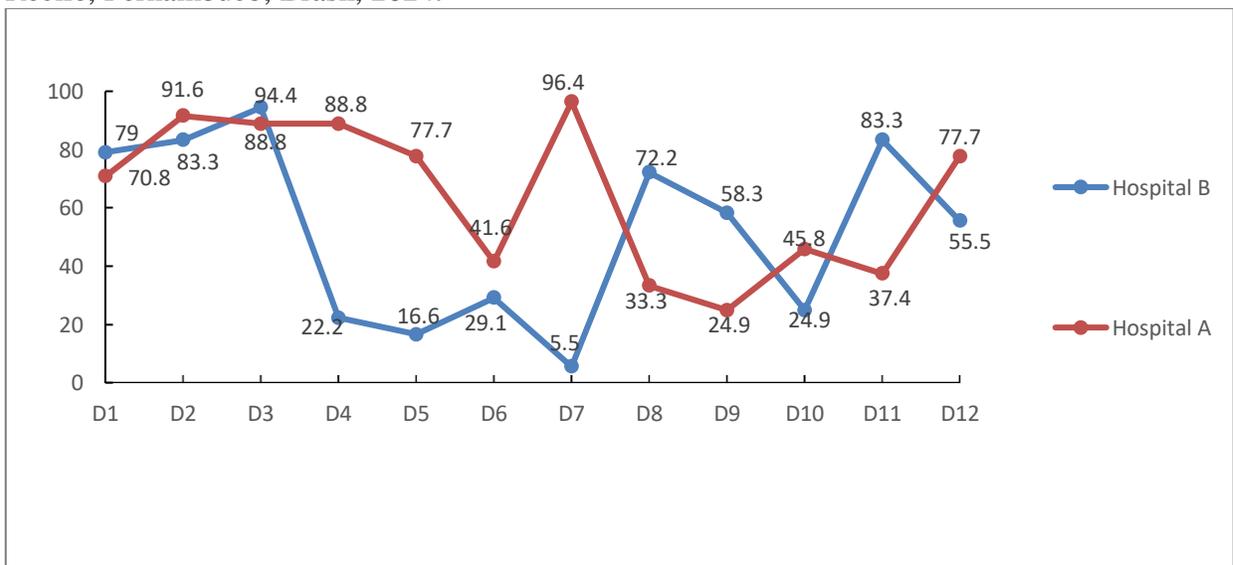
Gráfico 3 – Médias positivas dos aspectos gerais de segurança do paciente – Recife/PE, 2024.



Após realizar a interpretação desses dados com a análise recomendada de que dimensões onde a média positiva for $\geq 75\%$, a dimensão “Frequência de eventos notificados” (77,7%) do HA foi considerada forte e “Percepção geral sobre segurança do paciente (83,3%) também foi considerada forte no HB.

A seguir no gráfico 4, apresentam-se as respostas positivas das 12 dimensões da CSP comparando os dois hospitais envolvidos no estudo.

Gráfico 4 – Distribuição das 12 dimensões da cultura de segurança no Hospital A e Hospital B. Recife, Pernambuco, Brasil, 2024.



Por fim, ao observar as 12 dimensões da CSP nos dois hospitais tem-se as médias mais baixas, para a maioria, no Hospital A e as mais altas no Hospital B. No entanto, a média geral se assemelha bastante entre as duas instituições, dado que no HA a média geral é 64,62% de respostas positivas e no HB é 64,17%. A dimensão com média positiva mais frágil se refere ao HB para a dimensão “Resposta não punitiva ao erro” (19,44%) e no HA a “Trabalho em equipe entre as unidades”.

No quadro 5 tem-se a classificação do resultado geral das 12 dimensões da CSP nos hospitais. Os códigos correspondentes às dimensões podem ser consultados na seção instrumento do método na página 39 e 40.

Quadro 5 – Classificação das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente – HA e HB – Recife/PE – 2024.

Dimensão da Cultura de Segurança	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
HA	Cinza	Verde	Verde	Verde	Verde	Vermelha	Verde	Vermelha	Vermelha	Vermelha	Vermelha	Verde
HB	Verde	Verde	Verde	Vermelha	Vermelha	Vermelha	Vermelha	Cinza	Cinza	Vermelha	Verde	Cinza

Legenda: Verde = cultura forte; cinza = cultura neutra; vermelha = cultura frágil

Resumindo e comparando os resultados dos hospitais:

- As dimensões frágeis em comum são: “Profissionais” e “Passagem de plantão/turno e transferências internas”;
- Além dessas, mais três dimensões são frágeis, de forma isolada, em ambos os hospitais;
- Duas dimensões comuns são fortes nos dois hospitais: “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores” e “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”.
- Individualmente, no HA tem-se mais quatro dimensões fortes e no HB, mais duas;
- Três dimensões são neutras no HB e apenas uma no HA.

Em síntese, as dimensões frágeis:

- A maior fragilidade no HA foi “Trabalho em equipe entre unidades” (24,99%);

- A maior fragilidade no HB foi “Resposta não punitiva ao erro” (5,5%).

Estatisticamente ao se comparar os dados, as diferenças significativas estiveram em algumas dimensões que se classificaram diferentes no HA e no HB, respectivamente como:

- “Retorno da informação e comunicação sobre erros” (Forte no HA/Baixo no HB);
- “Abertura da comunicação” (Forte no HA/Baixo no HB);
- “Resposta não punitiva ao erro” (Forte no HA/Baixo no HB);
- “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” (Forte no HB/Baixo no HA).

5.2.4 AVALIAÇÃO DE INDICADORES DE RESULTADOS

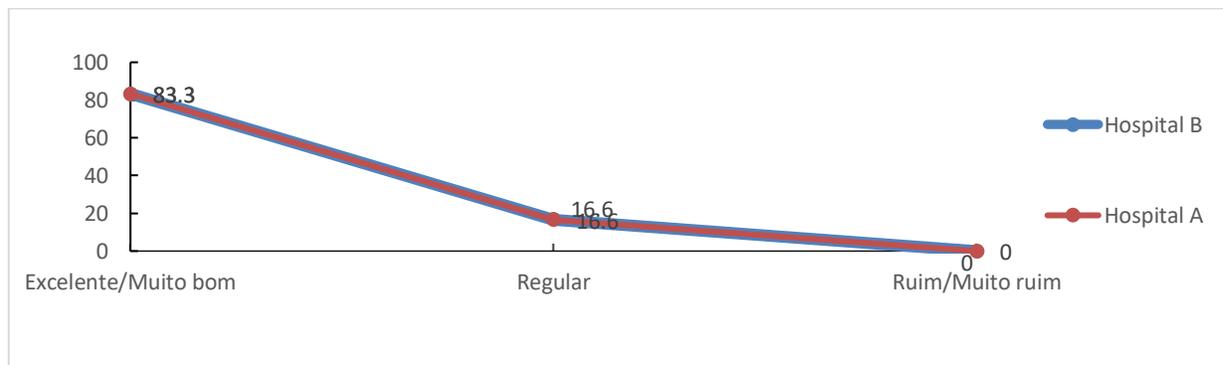
Na tabela 5, observa-se os resultados da nota de segurança do paciente na unidade/serviço nos dois hospitais atribuída pelos enfermeiros.

Tabela 5 – Nota de segurança do paciente nos hospitais A e B – Recife, Pernambuco, Brasil, 2024.

Nota da segurança do paciente*	HA (n= 6)	HB (n= 12)
	n %	n %
Excelente/Muito boa	5 (83,3%)	4 (66,7%)
Regular	1 (16,7%)	2 (33,3%)
Ruim/Muito ruim	-	-
Total	6 (100%)	6 (100%)

No gráfico 5, apresenta-se a avaliação geral de segurança do paciente nos dois hospitais.

Gráfico 5 – Distribuição da avaliação geral da segurança do paciente no Hospital A e Hospital B. Recife, Pernambuco, Brasil, 2024.



Comparando os dados, observa-se que coincidentemente foram obtidas as mesmas porcentagens para a avaliação da segurança do paciente feita pelos enfermeiros dos dois hospitais. 83,3% dos participantes atribuíram nota “Excelente/Muito bom” e 16,6% atribuíram a nota “Regular.

Na tabela 6 observa-se a distribuição do indicador que aborda o número de notificações de eventos adversos preenchidos e encaminhados nos últimos doze meses, pelos enfermeiros nos dois hospitais.

Tabela 6 – Frequência de eventos adversos notificados no Hospital A e Hospital B. Recife, Pernambuco, Brasil, 2024.

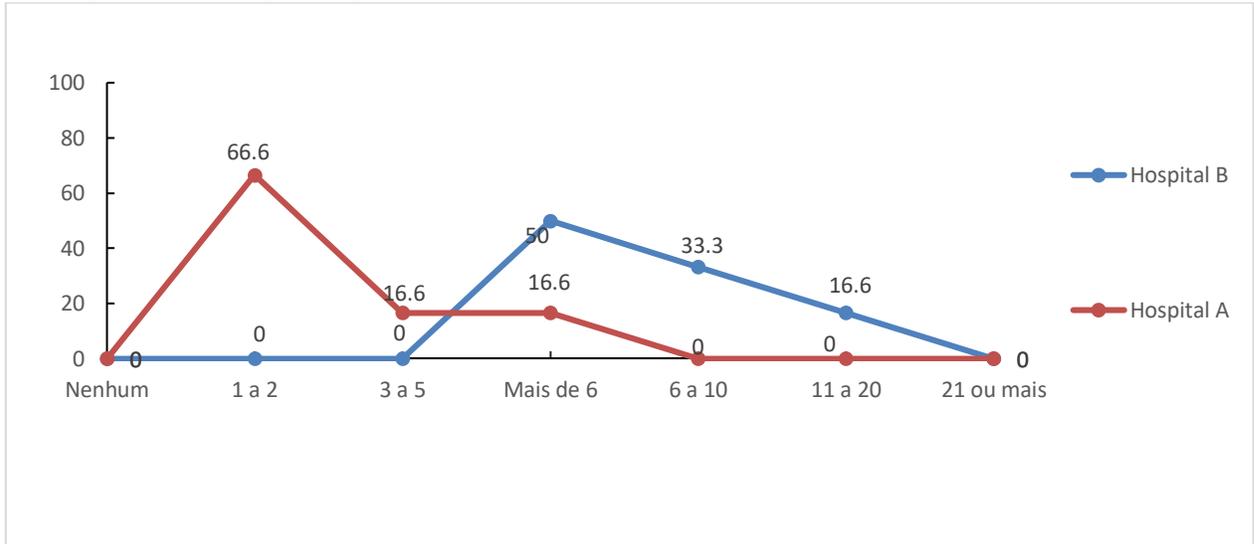
Número de eventos notificados*	HA (n= 6)	HB (n= 16)
	n %	n %
Nenhum	-	-
1 a 2	4 (66,6%)	-
3 a 5	1 (16,6%)	3 (50%)
6 a 10	1 (16,6%)	2 (33,3%)
11 a 20	-	1 (16,6%)
21 ou mais	-	-
Total	6 (100%)	6 (100%)

No que diz respeito à frequência de notificações nos últimos doze meses realizados pelos enfermeiros, os resultados demonstram valores mais baixos no HA comparado ao HB, isto é, os enfermeiros do HA referem notificar menos.

Observa-se que no HA 66,66% referem que notificaram de 1 a 2 eventos no último ano, enquanto no HB 25% relataram a mesma quantidade, porém, 25% notificaram de 3 a 5 eventos, 16,66% notificaram de 6 a 10, 25% relataram de 11 a 20 notificações e 8,33% realizaram 21 ou mais notificações no último ano.

No gráfico 6, apresentam-se as médias da frequência de notificações de eventos nos dois hospitais.

Gráfico 6 – Médias da frequência de notificações de eventos adversos no Hospital A e Hospital B. Recife, Pernambuco, Brasil, 2024.



6 DISCUSSÃO

Esta seção foi organizada de acordo com os resultados encontrados em relação aos objetivos do estudo.

A princípio, abordam-se as discussões das características principais dos enfermeiros que avaliaram a cultura de segurança. A seguir, foram discutidas as dimensões da CSP, assim como a avaliação do grau de segurança do paciente e a frequência de eventos notificados.

6.1 CARACTERIZANDO OS ENFERMEIROS QUE AVALIARAM A CULTURA DE SEGURANÇA

A população do estudo foi constituída exclusivamente por enfermeiros. Esse profissional é destaque em diferentes estudos multiprofissionais sobre a cultura de segurança por contribuir e participar de avaliações (Eiras *et al.*, 2011). Evidencia-se também que os enfermeiros realizam a função de vanguarda nas ações de melhoria dos cuidados, por meio da participação mais ativa nas práticas diárias em saúde (Morcelli *et al.*, 2023).

83,3% da população do estudo é do sexo feminino. Historicamente, a profissão de enfermagem é desempenhada majoritariamente por mulheres. Observa-se que essa questão do sexo, mantém-se na atualidade nos dois hospitais estudados e é um dado expectável atendendo à tradicional predominância feminina na profissão. No Brasil, segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a profissão em números em 2020 era composta de 84,6% de mulheres (Gomes; Balbi; Nogueira, 2023).

Um dos questionamentos do instrumento desse estudo indaga se os profissionais realizam seu trabalho mantendo contato direto com o paciente, e como era critério de inclusão nessa pesquisa, a totalidade dos participantes atende a esse aspecto. Esse dado corresponde ainda à tradicional predominância dos enfermeiros atuarem mais diretamente junto aos pacientes durante o processo de hospitalização (Morcelli *et al.*, 2023).

Quanto à idade dos enfermeiros participantes, a maior parte deles foi considerado jovem com uma média de 39 anos. No tocante ao tempo de experiência profissional e atuação em ambiente de UTI, o Hospital B mostrou uma média maior do que o Hospital A. Mais de 80% dos enfermeiros que atuavam no Hospital A possuíam de 6 a 10 anos na instituição, enquanto 50% dos enfermeiros

do Hospital B tinham entre 11 a 15 anos. Quanto maior o tempo de trabalho dos enfermeiros na instituição, é possível conhecer mais detalhadamente as condições de trabalho e a cultura de segurança do local.

A literatura indica que o tempo de atuação profissional em uma organização influencia na cultura organizacional, e conseqüentemente no conhecimento organizacional e na maturidade da cultura de segurança no ambiente laboral. Evidencia-se ainda que o desenvolvimento dos membros de uma organização é aprendido através da experiência do grupo (Schein, 2009; Zanelli *et al.*, 2023).

No que se refere à carga horária trabalhada por semana no hospital, encontra-se uma diferença entre os enfermeiros do Hospital A que trabalham entre 20 a 39 horas por semana (33,33%), enquanto, que os enfermeiros do Hospital B trabalham 40 horas ou mais por semana (66,66%).

Estudos apontam impacto de longas horas de trabalho de enfermagem sobre a avaliação da cultura de segurança e resultados. Refere-se que um número elevado de horas trabalhadas diminui o grau de SP e aumenta o número de eventos notificados e que há relação significativa de longas horas trabalhadas com alguns indicadores de cuidados, como prevenção e queda do paciente (DE Assis *et al.*, 2021; Soares *et al.*, 2021).

A maioria dos participantes desse estudo possui pós-graduação na modalidade de especialização (88,88%). Um estudo envolvendo trezentos hospitais em nove países europeus revelou que instituições de saúde que reduzem o número de enfermeiros mais graduados nos serviços de saúde, com o fito de minimizar custos, pode afetar negativamente os resultados dos pacientes, no entanto, evidenciou-se que uma ênfase crescente na educação para os enfermeiros provocou redução da mortalidade dos pacientes (Aiken, *et al.*, 2014).

O HB é acreditado, enquanto o HA, não. A respeito desse aspecto, a iniciativa de acreditação representa um processo de aprendizagem enriquecedor para os profissionais e potencialmente benéfico para as instituições. Os processos de acreditação podem, ainda, resultar em novo olhar para a estrutura e processos, o que possibilita a implementação futura de melhores práticas. No Brasil, percebe-se que a busca e o interesse maior ocorrem nas instituições privadas de saúde, com o intuito de diminuir custos e melhorar a assistência prestada (Barbosa *et al.*, 2020; Peixoto, 2023; Prieto; Fonseca; Zem-Mascarenhas, 2021).

6.2 DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Neste tópico são discutidos os resultados encontrados provenientes da avaliação das dimensões da cultura de segurança, com a discussão individual de cada dimensão com embasamento científico a respeito da temática. Durante a discussão, segue a utilização das siglas HA para o hospital sob gestão pública e HB para o hospital sob gestão privada.

➤ Resposta não punitiva ao erro

Os resultados revelaram que enquanto essa dimensão é bastante frágil no HB (5,5%), no entanto, ela foi considerada como uma área fortalecida no HA (96,4%).

O resultado do HB se assemelha aos resultados de 19,2%, no estudo realizado por Lemos (2018) e 20,4% em Tavares et al. (2023), sendo em ambos, também classificada como uma área frágil. Não se encontra na literatura brasileira, até o presente momento, nenhum estudo onde essa dimensão tenha sido considerada uma área forte.

Esses resultados refletem que prevalece na percepção dos enfermeiros a ideia de punição aos erros em uma das instituições estudadas. Em uma revisão integrativa que analisou 36 estudos semelhantes realizados no Brasil, constatou-se que em 30 deles, essa dimensão foi considerada uma área frágil (Prieto; Fonseca; Zem-Mascarenhas, 2021).

Os enfermeiros do HB expressaram em todos os itens que compõem a dimensão uma percepção frágil. Teoricamente, sabe-se que o “erro” traz uma conotação negativa, de falhas, de frustração, de danos causados e, naturalmente também da culpa individual (Lopez *et al.*, 2020).

É possível inferir que tal resultado esteja relacionado com a instabilidade do vínculo trabalhista dos profissionais do hospital sob gestão privada, enquanto a percepção de estabilidade no hospital sob gestão pública é fator relevante na cultura organizacional. Inferência semelhante foi encontrada em um achado do estudo de Bustamante et al. (2020), onde foi feita a comparação dos fatores de clima organizacional entre um hospital público e um hospital privado.

No entanto, a literatura sugere e tem demonstrado que os erros devem permitir a desculpabilização do erro humano, pois sabe-se que em toda atividade mediada por humano há a possibilidade de ocorrência de erros (Prieto; Fonseca; Zem-Mascarenhas, 2021; Lopez *et al.*, 2020; Fassarella, 2016). Porém, sobretudo na gestão privada, há uma cobrança excessiva para a qualidade

do trabalho desempenhado pelos funcionários, dado que este setor é competitivo e busca o lucro, e falhas podem acarretar prejuízos financeiros.

É importante que o erro seja visto como uma utilidade para análise do ocorrido nas instituições de saúde e essa é, necessariamente, uma oportunidade de aprendizagem, a fim de prevenir novas ocorrências de erros pelo conhecimento das suas possíveis trajetórias (Paloski *et al.*, 2021). Depreende-se que há a possibilidade de o HA possuir uma cultura interna voltada para a mudança da abordagem dada ao erro e ao profissional que o comete, visto que houve excelente avaliação pelos profissionais para essa dimensão.

Um estudo envolvendo 1.460 profissionais de saúde apontou que essa dimensão é o principal desafio de melhorias para os cuidados seguros de saúde aos pacientes hospitalares. Em outra pesquisa abrangendo 3.689 enfermeiros de unidade médico-cirúrgica, evidenciou-se que o medo em notificar o erro é problemático e uma dimensão frágil (Hamdan; Saleem, 2013; Hughes; Chang; Mark, 2012).

Assim, as instituições de saúde devem incorporar políticas encorajadoras, não punitivas e que modifiquem a realidade tradicional da culpa que afeta os profissionais que cometem algum tipo de erro. O primeiro passo é conhecer a possibilidade de ocorrência de erro humano, além dos aspectos envolvidos no seu processo (Prieto; Fonseca; Zem-Mascarenhas, 2021; Paloski *et al.*, 2021).

➤ Abertura de comunicação

As respostas dos participantes apontaram valores de 77,7% no HA e 16,6% no Hospital B, o que evidencia uma fragilidade nessa dimensão no HB, porém, uma área forte no HA. Os números do HB se assemelham ao estudo de Macedo *et al.* (2020), onde os participantes apontaram somente 42% de respostas positivas para abertura da comunicação. Pedroni *et al.* (2020) apresenta em um estudo realizado na área materno-infantil de um hospital universitário, um total de 70,7% de respostas positivas para essa dimensão, resultado que se assemelha ao encontrado no HA.

Analisando o achado no HB, é possível correlacionar essa informação com a presença de uma hierarquia mais exacerbada entre os profissionais do setor privado, o que pode comprometer a comunicação e impactar negativamente nas relações entre gestores e subordinados. Essa linha de pensamento encontra respaldo no trabalho de Ribeiro; Da Silva Veiga (2020), onde foi analisado a influência do clima organizacional entre trabalhadores hospitalares.

Dificuldades de comunicação geram conflitos entre a equipe, comprometem a manifestação da opinião dos profissionais até mesmo em circunstâncias potenciais para se tornar um EA. Dentre as circunstâncias que comprometem a fluidez das informações no ambiente hospitalar está a complexidade dos atendimentos, o tamanho das instituições e as relações de poder. Se faz necessário superar estes modelos, modificando o cenário para uma perspectiva de compartilhamento, ajuda e interação profissional positiva (Macedo *et al.*, 2020).

A literatura recomenda exemplos de ferramentas para melhora da comunicação e trabalho em equipe como: reuniões periódicas que reforçam o trabalho em equipe e minimizam a sensação de colapso de informações formais; autocorreção, que evita erros e auxilia na constante melhoria dos serviços prestados; mapa mental para compreensão clara dos problemas; desenvolvimento de metas e estratégias relacionados ao serviço (Tavares *et al.*, 2023).

➤ Retorno da informação e comunicação a respeito de erro

A avaliação da dimensão apresentou valor no HA de 88,8% e 22,2% no HB, evidenciando uma fragilidade no processo de comunicação e feedback dos erros que ocorrem no HB e uma área fortalecida no HA. Lemos *et al.* (2023) identificou um valor percentual de 41,9% em estudo com profissionais de enfermagem em instituições de alta complexidade. Pedroni *et al.* (2020), encontrou em seu estudo um valor de 72,5%, percentual que mais se aproxima do evidenciado no HA.

Considerar essa dimensão como fragilizada implica na compreensão de que os profissionais não percebem um real aprendizado diante dos erros relatados e não recebem um retorno sobre o impacto e as melhorias advindas da análise dos erros. Interpretação semelhante a essa pode ser encontrada nos estudos de Prieto (2021) e de Macedo *et al.* (2020).

O relato do EA pode denotar muitas formas de interpretação e associações. Numa interpretação negativa, pode estar associado à deslealdade e traição; e positiva, a uma comunicação efetiva e necessária. De acordo com a literatura, o relato do evento foi idealizado para a área da saúde com o propósito de promover aprendizado organizacional, porém, ainda é visto de forma divergente do idealizado quando ocorre o relato de notificação de erros, incidentes ou falhas (Metelski *et al.*, 2023).

A notificação de um erro, considerando as evidências científicas na área, permite ao responsável na instituição de saúde que o caso seja transformado e compartilhado entre os serviços,

a fim de melhorar a qualidade e força da CSP institucional. Caso contrário, o erro pode agravar os problemas para a organização e os envolvidos (De Sá *et al.*, 2022).

Nesse contexto, ressalta-se a liderança como uma competência indispensável à prática dos enfermeiros, pois o líder inspira e estimula a sua equipe a incorporar ações de inovação e transformação, além de estimular o vínculo de confiança entre líder e liderado. Ao demonstrar tal capacidade, o enfermeiro poderá abordar a ocorrência de EA de uma forma muito mais equilibrada, humana e voltada para o aprendizado, melhorando o relacionamento com a equipe (Menezes *et al.*, 2023).

O processo de comunicação é bastante complexo, pois contempla vários modos de expressão além da fala, e por isso, exige que as possibilidades de compreensão sejam ampliadas para melhor interação entre os integrantes da equipe. Se faz necessário que a equipe promova uma comunicação adequada dos EA ocorridos, estratégias a serem adotadas e o aprendizado que pode ser absorvido de tal ocorrência (Castro *et al.*, 2023).

Ainda sobre esse aspecto, Calazans et al. (2023), recomenda que após a identificação e comunicação de um erro, toda a equipe que presta assistência ao paciente deveria analisar a causa-raiz que levou a essa ocorrência, pois o envolvimento de todos melhora a percepção e aprimora a capacidade de identificar situações semelhantes no futuro e planejar mudanças. Essa análise sistêmica possibilita ganhos maiores do que quando feita de forma individual e depende do tipo de política gerencial da instituição.

➤ Passagem de plantão ou transferências internas

As respostas positivas demonstram uma dimensão frágil de 45,8% no HA e de 24,9% no HB. Esses dados coincidem com outros estudos em que as respostas positivas oscilaram entre 43,6% e 52% (Sanchis *et al.*, 2020; Oliveira; Andolhe; Padilha, 2022). Pereira (2023), em estudo sobre temática semelhante, obteve um percentual de respostas positivas para essa dimensão de 47,2%.

A WHO criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2004, com o objetivo de alertar sobre a temática da SP. Foram então, identificadas áreas prioritárias, dentre elas, pode-se citar a comunicação entre os profissionais, que precisam de estratégias para reduzir consequências da falta ou falha de comunicação, incluindo a transição de informação durante os cuidados em saúde (WHO, 2007).

Depreende-se dessa temática, portanto, que a passagem de turnos ou plantões é o momento destinado à transferência de informação sobre os cuidados prestados por um profissional para outro que dará continuidade, por isso, é considerado um momento crucial do cuidado, dada a alta probabilidade de ocorrência de falhas na transição de informações relevantes para promover a continuidade da assistência com qualidade e segura (Tavares *et al.*, 2023).

Ainda sobre a literatura acerca da passagem de plantão, é evidenciado que a comunicação está entre as quatro principais causas de EA que causam perda permanente de função ou morte. Diante desse fato, a passagem de plantão e transferência de informações do paciente deve ser priorizada pelos enfermeiros e transformada em um momento crucial para discussão sobre o melhor plano assistencial para o paciente, permitindo que ocorra educação, reflexão e bom relacionamento entre os membros da equipe, objetivando melhora no desempenho de tarefas, além de repensar e reavaliar condutas (Hang *et al.*, 2023).

Pereira (2023) corrobora com os achados acima, pois é encontrado em estudos produzidos por eles que a transição de turnos é um momento crucial para a SP, pois há risco de perda de informação essencial, em parte, porque a mente humana é incapaz de lidar com um volume de informações grande sem deixar de operar de forma segura e eficaz, ainda mais quando a tarefa de selecionar a relevância das informações a serem transmitidas ao colega de trabalho possui um caráter bastante subjetivo.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007) recomenda no artigo 16, da seção I, que o profissional deve “garantir a continuidade da assistência de enfermagem em condições que ofereçam segurança”, mesmo em caso de paralização ou ato reivindicatório da profissão. Ademais, tem-se no artigo 41, da seção II, que o profissional de enfermagem deve “prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência.

Oliveira (2023) reitera que é necessário investir em estratégias de melhoria nos processos de passagem de plantão, pois esse momento pode provocar incidentes indesejados, independentemente de sua natureza. Esse momento deve ocorrer em local e momento adequado, com disponibilidade e atenção dos profissionais, com registro de itens importantes e comunicação efetiva.

➤ Profissionais

Os resultados revelaram que essa dimensão foi considerada uma área frágil nos dois hospitais, obtendo valores positivos de 41,6% no HA e 29,1% no HB.

Resultados de outros estudos também não foram suficientes para classificar essa dimensão como uma área forte em suas instituições, dado que em estudo realizado por Petroni et al. (2020), foi identificado um percentual positivo de respostas de 44% .

A segurança e qualidade dos cuidados prestados aos pacientes dependem do tipo e gravidade da enfermidade, mas principalmente dos recursos humanos existentes, como o dimensionamento do pessoal da enfermagem, dentre outros aspectos ambientais e da estrutura e cultura organizacionais. O dimensionamento de pessoal em enfermagem é uma etapa inicial do processo do trabalho de provimento que tem por finalidade a revisão quanti e qualitativa da necessidade de profissionais para o atendimento direto e indireto dos pacientes (Maziero *et al.*, 2020).

Corroborando com a presente discussão, Assis et al. (2022) traz que se pode fazer associação positiva para o dimensionamento inadequado e a ocorrência de danos à saúde do paciente, revelando que se o quantitativo de profissionais de enfermagem fosse adequado diminuiria em 53% o risco de pneumonia associada à ventilação mecânica.

Outro estudo evidencia associação significativa entre o número de pessoal de enfermagem subestimado e o aumento em 50% de risco de infecção relacionado à assistência à saúde. Nesse contexto, a otimização de recursos humanos qualificados e suficientes são quesitos indispensáveis para o alcance da SP, uma vez que a equipe de enfermagem superestimada acarreta aumento do custo e, quando reduzida, pode provocar menor eficiência do cuidado prestado (Pereira, 2023).

Um ponto a se destacar é a crescente pressão sobre as despesas em saúde e a incorporação de novas tecnologias, o que torna a gestão do dimensionamento de pessoal uma tarefa cada vez crucial nas instituições de saúde pela contenção de gastos e necessidade de alcançar um nível de qualidade alto na assistência prestada (Prieto, 2021).

➤ Trabalho em equipe entre as unidades

Essa dimensão foi classificada como uma área frágil no HA (24,9%) e como uma área neutra no HB (58,3%). Em estudos brasileiros, foram obtidos resultados entre 31,2% e 52,2% (Pereira, 2023; Pedroni *et al.*, 2020).

A interação e integração entre profissionais e equipes é reconhecida como elo essencial no desenvolvimento das atividades assistenciais. Ressalta-se também a importância de cada área de cuidado, pois, dessa forma, se enaltece o processo de trabalho em equipe, com valorização dos saberes, da confiança no outro e da empatia e solidariedade (De Melo *et al.*, 2023).

No entanto, a individualidade entre os diversos setores das instituições de saúde ainda é um grande desafio a ser combatido. A predominância do pensamento voltado ao trabalho e cuidado individual, e não ao processo coletivo e integral, distancia os profissionais e cria barreiras entre os setores e serviços, prejudicando o cuidado (Vieira Magalhães *et al.*, 2021).

Depreende-se, portanto, a esse respeito, que as unidades de um hospital devem possibilitar que as equipes possam trabalhar na discussão de casos, ocorrências e metas, de forma colaborativa e pactuando decisões coletivas. Acredita-se que essa iniciativa poderá facilitar e potencializar a cooperação do trabalho entre as diversas unidades do hospital (Pereira, 2023; Prieto, 2021).

➤ Percepção geral sobre segurança do paciente

O resultado do HB revelou que essa dimensão foi considerada forte por apresentar escore de resposta positiva de 83,3%, no entanto, por ter um percentual de 37,4% no HA, foi considerada uma área frágil.

Pesquisas apontam que sob a percepção dos profissionais, a infraestrutura presente em uma instituição privada assegura bons sistemas e procedimentos capazes de evitar ou minimizar que os erros aconteçam. Porém, isto não significa dizer que nas instituições públicas não haja segurança por parte dos trabalhadores, mas sim, que em algumas situações, há uma diferença em relação ao investimento financeiro envolvido nestes hospitais, por características que vão além da assistência ao paciente propriamente dita, como por exemplo, a questão da lucratividade e satisfação do cliente (Lemos *et al.*, 2022).

Guerra (2022) reforça que o problema da sobrecarga no âmbito da enfermagem está intrinsecamente ligado ao número insuficiente de profissionais nas instituições de saúde, de modo que a relação entre a SP e o quantitativo de enfermagem implica em uma prestação da assistência com maior segurança. Esse dado representa um aspecto negativo e prejudicial diante da percepção de SP e corrobora com a mensuração da presente dimensão feita pelos participantes desse estudo.

Estudos têm evidenciado que a prevenção de incidentes é um dos componentes essenciais para a segurança do meio ambiente hospitalar, transformando a atitude do profissional que

desempenha função de cuidado em uma partir de um conceito estabelecido no plano de trabalho geral dos serviços uma atitude do profissional que desempenha função em uma instituição de saúde, atitude esta que é um produto de uma cultura de segurança no ambiente e nas instalações (Pereira, 2023).

➤ Frequência de eventos notificados

Essa dimensão aborda a frequência com que os enfermeiros realizam notificação de quase evento, incidentes e eventos adversos. As respostas positivas demonstraram uma dimensão forte no HA (77,7%) e neutra no HB (55,5%). Estudo de Sanchis et al. (2020) obteve resultado de 59,1%, se assemelhando um pouco ao percentual dessa pesquisa.

Uma pesquisa identificou que um dos principais motivos para a não notificação dos EA pelos profissionais está relacionado principalmente ao medo de represália dos gestores e sobrecarga de trabalho. Esses aspectos estão mais presentes nas instituições privadas pela instabilidade de permanência dos trabalhadores (Aquino, 2023).

Analisando os dados, é possível depreender a partir das respostas dos participantes desse estudo, que há uma fragilidade no tocante à notificação dos EA, em especial no HB, quando o erro é corrigido e não afeta o paciente, o que alerta para a importância do devido registro e aprendizado a partir dos erros, independente se houve danos ao paciente.

É fundamental o incentivo por parte da instituição à realização das notificações com dados bem detalhados, pois por meio delas, podem ser desenvolvidas estratégias a fim de minimizar novas ocorrências, o que refletirá diretamente na qualidade do serviço prestado. Para tanto, os profissionais devem ser constantemente orientados sobre a importância de tais registros e do fornecimento correto e completo das informações solicitadas e terem acesso a formulários de notificações claros e de fácil compreensão e preenchimento (Zanelli *et al.*, 2023).

➤ Aprendizado organizacional

Na avaliação feita pelos enfermeiros, o HA obteve 88,8% de respostas positivas e o HB 94,4%, sendo, por conseguinte, classificada como uma área forte. Estudo semelhante também a identificou como uma área forte, com percentual de 89,4% de positividade nas respostas (Pedroni *et al.*, 2020).

Instituições de saúde cujo objetivo principal é a excelência da qualidade de seus serviços buscam constantemente melhorar seus processos institucionais, a partir de mudanças que agregam valor aos serviços, reestruturam a cultura de trabalho interna e elimina ou minimiza a ocorrência das falhas nos processos de cuidado (Madalozzo *et al.*, 2020).

Analisar o trabalho partindo da gestão dos processos como ponto inicial, pode ser uma importante ferramenta de impacto na qualidade hospitalar e SP, conforme aponta estudo realizado em ambiente hospitalar com a finalidade de analisar os registros realizados pela equipe médica e de enfermagem, visando reduzir as glosas de materiais e medicamentos (De Sá *et al.* 2022; Diz; Lucas, 2022).

A aprendizagem da organização está vinculada ao conhecimento e aprendizado destinado aos profissionais e estilos de gestão adotados. Estudiosos defendem que o aprendizado seja um dos melhores investimentos institucionais e deve objetivar a promoção da capacitação, processamento ágil de novas informações e a existência de políticas que incentivem a qualificação e a socialização do conhecimento no ambiente profissional (Pereira, 2023).

➤ Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores

Esse estudo obteve percentuais de 91,6% no HA e 83,3% no HB, sendo considerada, por conseguinte, uma área forte. Essa avaliação demonstra que as lideranças imediatas se preocupam questões relacionadas à SP, percebem e incentivam a visão diferenciada e a contribuição dos profissionais a respeito da temática (Sorra *et al.*, 2016).

Ao analisar essa dimensão, é essencial uma reflexão sobre diversos aspectos: a forma como o trabalho é executado, os processos e os indivíduos envolvidos e a compreensão das relações que se estabelecem no ambiente das instituições de saúde e que influenciam o seu desenvolvimento (Zanelli *et al.*, 2023).

Ocorrem diversas mudanças no mundo das organizações e gestão e se faz necessário, que as instituições de saúde se atentem aos novos cenários, principalmente para a importância de uma gestão flexível, ambientes com autonomia e integração de seus profissionais e lideranças focadas em qualidade. O planejamento antecipado das atividades que necessitam ser realizadas pode ser uma forte estratégia para que os profissionais economizem tempo e melhorem a qualidade do cuidado prestado (Morcelli *et al.*, 2023).

➤ Trabalho em equipe dentro das unidades/serviço

O presente estudo evidencia essa dimensão como uma área neutra no HA (70,8%) e forte no HB (79%). Pedroni et al. (2020) em estudo sobre a temática evidenciou um percentual de respostas positivas para essa dimensão de 78,9% e Pereira (2023) de 74,6%.

Trabalho em equipe é aquele realizado com sinergia entre os seus membros através de um esforço coordenado. O foco principal da equipe deve ser alcançar um objetivo comum, que deve ser de conhecimento de todos os indivíduos que compõem a equipe, e para que isto ocorra, se faz necessário a cooperação de todos (Tavares *et al.*, 2023).

A força motriz do trabalho em equipe significa trabalhar com um grupo de pessoas variadas, com diversidade de olhares, saberes, culturas, habilidades e conhecimentos para desenvolver um trabalho em comum e, desta forma, empenhar todos os integrantes a trabalharem as suas potencialidades. Para tanto, os indivíduos devem ser capazes de identificar as habilidades e potencialidades pertencentes a cada um dos colegas, extraindo, dessa forma, a melhor atuação da equipe (Silva, 2023).

O processo de trabalho da enfermagem é bastante fragmentado, o que pode ser justificada devido à formação por técnico de enfermagem e enfermeiro e a atribuição diferente de funções, onde cada um tem seu papel e realiza as atividades que são de sua competência. No entanto, há necessidade de complementaridade entre a área da enfermagem e as demais, para que se atinja cada vez mais uma cultura de segurança forte (Peduzzi *et al.*, 2020).

Prieto (2021) reitera essa evidência ao abordar em seu estudo que é primordial a existência de colaboração entre a equipe assistencial, visto que indivíduos diferentes podem ter percepções diferentes quanto ao quadro clínico paciente, e isso pode contribuir de forma somatória ao plano de cuidado terapêutico.

➤ Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente

O HB avaliou essa dimensão de forma neutra com um percentual neutro de respostas positivas (72,2%) e o HA avaliou com um percentual positivo de respostas de 33,3%, o que classifica essa dimensão na instituição como uma área frágil.

Alguns estudos recentes não obtiveram bons percentuais de respostas positivas, como por exemplo, o de Prieto (2021) e de Pereira (2023), com valores de 37,8% e 31,8%, respectivamente. No entanto, o ambiente privado, como é o caso do HB, ao buscar um elevado grau de satisfação de

seus pacientes/clientes, comumente vai ser interpretado como mais inclinado à promoção da segurança do paciente (Aquino, 2023).

A gestão hospitalar deve contribuir para uma melhor governança da prática de saúde hospitalar e para redução de EA, permitindo a melhoria nos níveis de SP. É fundamental a internalização nas instituições de saúde de um processo educativo e permanente para todas as equipes, com foco na minimização dos riscos à saúde, segundo legislações e padrões de qualidade recomendados (Prieto, 2021).

É de notório conhecimento que uma gestão forte e efetiva é fator essencial nas instituições de saúde, onde os gestores devem ser conhecedores em SP e na criação de ambientes seguros. Para essa mesma autora, os gestores detentores de alta literacia, demonstram capacidade de compreender e utilizar a informação obtida para a prática, ou seja, são capazes de contribuir para a criação de ambientes promotores de uma verdadeira cultura de segurança (Eiras, 2014).

No entanto, é crucial a sensibilização de todos os integrantes da equipe e o alinhamento junto aos programas de qualidade e gerenciamento de risco institucionais para que os resultados propostos sejam alcançados e a instituição alcance mais qualidade e segurança em todos os seus processos (Pereira, 2023).

A liderança em enfermagem possui função central nos cuidados de qualidade ao paciente, o qual envolve quatro atividades fundamentais: facilitar a comunicação contínua eficaz; fortalecimento das relações intra e interprofissionais; construção e manutenção de equipes e envolvimento dos pares (Diz; Lucas, 2022).

Dessa forma, a valorização da SP e a implantação de estratégias voltadas para este fim deve ser prioridade de todos os profissionais, sobretudo daqueles que possuem funções no topo do organograma da instituição, com o objetivo de que resultados positivos sejam resultado dos processos de trabalho no âmbito da SP (Madalozzo *et al.*, 2023).

6.3 INDICADORES DE RESULTADOS

Existem dois indicadores de resultados presentes no questionário utilizado no estudo, um direcionado para a nota de segurança do paciente e outro atribuído à frequência de notificação realizado nos últimos doze meses pelos enfermeiros. Ambos os indicadores servem para acompanhar os resultados e permitir melhoria contínua nas instituições.

Os enfermeiros no HA, coincidentemente, atribuíram os mesmos valores percentuais de respostas positivas que o HB. 83,3% dos enfermeiros dos dois hospitais, atribuíram nota excelente/muito boa para a SP e 16,6% atribuíram nota regular.

No tocante ao indicador sobre a frequência de eventos notificados nos últimos 12 meses, os resultados encontrados nesse estudo expressaram que 66,6% dos enfermeiros no HA só realizaram de 1 a 2 notificações nos últimos 12 meses, ao contrário do que foi percebido no HB, onde se percebeu um melhor escore para notificação de eventos, visto que 50% notificaram de 3 a 5 eventos, 33,3% notificaram de 6 a 10 eventos e 16,6% notificaram de 11 a 20 vezes.

Para Metelski et al. (2023) o relato de incidente envolve desde o caráter da obrigatoriedade ou voluntário, sigiloso ou anonimato e impresso ou informatizado, em que cada instituição deve adotar aquele que melhor atender aos seus objetivos. É um indicador que permite conhecer em que nível determinado objetivo foi alcançado, pois fornece informação sobre determinados atributos e dimensões do desempenho do sistema. Em outras palavras, o indicador oferece ao gestor pistas sobre determinada situação e indica a direção a ser seguida.

As duas variáveis mensuradas, a partir da percepção dos enfermeiros, refletem a realidade vivenciada por esses profissionais, e para isso devem ser utilizadas na tomada de decisão e na implantação de medidas de melhorias.

Analisando o Relatório da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, publicado em 2022 pela ANVISA, ficou clara a necessidade de estímulo e gerenciamento de implantação de protocolos de SP, visto que a efetiva articulação, parceria e devida orientação quanto à importância de práticas seguras para a prevenção de EA pode sensibilizar gestores e profissionais, estimular a reflexão e reconhecimento da necessidade de oportunizar melhorias nessa área (ANVISA, 2022).

Por fim, esses indicadores de SP podem ser definidos como um indicador de desempenho que busca identificar, obter informação e monitorar o quanto os enfermeiros do estudo atribuíram valor às questões da CSP e ao quantitativo de relato de EA nas instituições estudadas. Em síntese, é uma forma de representação quantificável utilizada pelos serviços de saúde para acompanhar e melhorar resultados ao longo do tempo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse estudo, evidenciou-se no âmbito dos dois hospitais estudados, fragilidades e potencialidades comuns às duas instituições, bem como áreas fortes e frágeis individuais.

Os dados obtidos através da avaliação dos enfermeiros do Hospital A evidenciam que as dimensões “Resposta não punitiva ao erro”, “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores”, “Aprendizado organizacional”, “Retorno da informação e comunicação sobre erro”, “Abertura da comunicação” e “Frequência de eventos notificados” foram as com maiores médias de respostas positivas. Oposto a esse resultado, as dimensões “Trabalho em equipe entre unidades”, “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”, “Percepção geral sobre segurança do paciente”, “Profissionais” e “Passagem de plantão ou transferências internas”, pontuaram os menores valores e a dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades” foi avaliada como uma área neutra.

Como potencialidades foram identificadas quatro dimensões no Hospital B: “Aprendizado organizacional”, “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores”, “Percepção geral sobre segurança do paciente” e “Trabalho em equipe dentro das unidades”. Como fragilidades as dimensões “Retorno da informação e comunicação sobre erro”, “Abertura da comunicação”, “Profissionais”, “Resposta não punitiva ao erro” e “Passagem de plantão ou transferências internas” foram as que obtiveram menores valores de avaliação positiva e as dimensões “Trabalho em equipe entre unidades”, “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” e “Frequência de eventos notificados” obtiveram percentuais avaliativos neutros.

As dimensões de “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores”, “Aprendizado organizacional” foram as que melhor se apresentaram nos dois hospitais. Os resultados identificados como oportunidades de melhorias mais urgentes são no HA a dimensão “Trabalho em equipe entre unidades”, e no HB a dimensão “Resposta não punitiva ao erro”, por assumirem percentuais positivos mais baixos.

A partir dos resultados desse estudo, se sobressai a necessidade de uma cultura organizacional de notificação de eventos adversos desvinculada da cultura punitiva ainda associada ao erro, visto que foi a principal fragilidade encontrada.

Os hospitais, assim como qualquer outra organização no mundo capitalista e globalizado, buscam produtividade e qualidade, investindo em tecnologias para melhoria da prestação de seus

serviços, porém, é primordial o investimento no capital humano e nas condições de trabalho e na cultura organizacional adotada por eles. A segurança do paciente deve ser priorizada acima de qualquer objetivo financeiro e operacional das organizações de saúde, pois a segurança do paciente é a segurança de todos. Para que haja uma intervenção efetiva de melhorias nos hospitais é necessário levar em consideração alguns aspectos fundamentais, como a gestão institucional, liderança, pessoal, estrutura, processo e resultado.

No entanto, considera-se o envolvimento de todos da organização hospitalar, pautado na comunicação efetiva, aprendizado organizacional baseado na confiança e profissionalismo, no compromisso e responsabilidade, na estrutura favorável e na implementação de processo; essas são medidas imprescindíveis para alcançar resultados positivos de cultura de segurança do paciente.

Por fim, espera-se que esse estudo possa ser útil e servir de embasamento para os gestores dos hospitais do estudo, de forma a possibilitar avanços e permitir melhoria contínua da cultura de segurança do paciente. Para tanto, planeja-se contactar as gerências dos setores participantes desse estudo para apresentar os resultados aqui presentes e propiciar um momento de conhecimento e reflexão a respeito da qualidade e segurança do cuidado de saúde prestado.

Além disso, recomenda-se que as instituições de saúde possam mensurar a cultura de segurança do paciente de modo frequente, permitindo identificar e acompanhar as mudanças ao longo do tempo. É imprescindível também, a realização de novos estudos sobre a temática, para a ampliação do universo de conhecimento científico e possibilidade de mudanças mais eficazes.

Como limitações deste estudo, tem-se a possibilidade de uma maior robustez no produto final, caso o universo amostral abrangesse mais participantes ou classes profissionais diferentes, o que pode ocorrer em estudos futuros.

REFERÊNCIAS

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.** Capítulo 3 – A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, DF, 2013.
2. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Plano Integrado Para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025.** Brasília-DF, 2021. Disponível em: < <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-integrado-2021-2025-final-para-publicacao-05-03-2021.pdf>> Acesso em: 21/10/2021.
3. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Relatório da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2021**, 08 de junho de 2022. 116p. Disponível em: < relatorio-da-avaliacao-nacional-das-praticas-de-seguranca-do-paciente-2021 (www.gov.br)> Acesso em: 06 ago. 2023.
4. AIKEN, L.H. *et al.* Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. **The Lancet**. February 26, 2014. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62631-/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62631-/abstract) Acesso em: 01/10/2023.
5. AHRQ. Hospital survey on patient safety culture 2016: user comparative database report. Rockville, MD: **Agency for Healthcare Research and Quality**; 2016. AHRQ Publication No. 16-0021-EF.
6. ANDRADE, L.E.L *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciênci. saúde colet.** 2018; 23: 161-172. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>> Acesso em: 15 nov. 2021.
7. AQUINO, L.A.P. **Avaliação da cultura de segurança do paciente em centros cirúrgicos de diferentes contextos organizacionais.** 2023. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: < <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/52321>> Acesso em 21 fev. 2024.
8. ASSIS, S.F *et al.* Eventos adversos em pacientes de terapia intensiva: estudo transversal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. e20210481, 2022. Disponível em :< <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0481pt>> Acesso em: 22 out. 2023
9. BALLANGRUD, R.; HEDELIN, B.; HALL-LORD, M. L. Nurses perceptions of patient safety climate in intensive care units: A cross-sectional study. **Intensive Crit Care Nurs.**, v. 28, p. 344-354, 2012. Disponível em: < <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.01.001>> Acesso em: 30 jun. 2014.

10. BAMPI, R. *et al.* Perspectivas da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em unidade de emergência. **Revista de enfermagem UFPE online**. 2017; 11(2): 584-590. Disponível em: <<https://10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201713>> Acesso em: 20/09/2021.
11. BARBOSA, I.E.B. *et al.* Segurança do paciente: principais eventos adversos na Unidade Terapia Intensiva. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e6454-e6454, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e6454.2021>> Acesso em 13 abr. 2023.
12. BRASIL. RDC 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 de julho de 2013. Disponível em: < Ministério da Saúde (saude.gov.br)> Acesso em 21 jun. 2021.
13. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução 466/2012**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: < [resolucao-466.pdf \(www.gov.br\)](https://www.gov.br/resolucao-466.pdf)> Acesso em 18 abr. 2021.
14. BRASIL. Ministério da Educação. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH**. 2023. Disponível em: < <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hc-ufpe>> Acesso em 20 nov. 2023.
15. BUSTAMANTE, M.A. *et al.* Comparação de fatores de clima organizacional entre um hospital público e um hospital privado em Guayas (Equador). **Informação Tecnológica**, v. 33, n. 3, p. 249-260, 2022. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642022000300249>> Acesso em 19 fev. 2024.
16. CALAZANS, M.S.C. *et al.* Segurança do paciente: perspectiva dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 97, n. 1, p. e023029-e023029, 2023. Disponível em: < <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.1-art.1593>> Acesso em 22 jan. 2024.
17. CASTRO, J.V.R. *et al.* A comunicação efetiva no alcance de práticas seguras: concepções e práticas. **Revista de Enfermagem e Atenção à saúde**, v.12, n.1, 2023. Disponível em: < <https://doi.org/10.18554/reas.v12i1.5153>> Acesso em: 12 jan. 2024.
18. COSTA, DB *et al.* Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. 2018; 27(3). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>> Acesso em: 16 set. 2021.
19. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução n. 311 de 08 fev. 2007. Aprova a reformulação do Código de ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: < https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Legislacoes/legislacao_11c7bf4bd248e723eb75ceb6877519e8.pdf> Acesso em: 23 mai. 2022.

20. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59. Disponível em: < resolucao-466.pdf (www.gov.br)> Acesso em: 15 ago. 2021.
21. DA COSTA RESENDE, A.L. *et al.* A importância da notificação de eventos adversos frente à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 39, p. e2222-e2222, 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.25248/reas.e2222.2020>> Acesso em: 07 abr. 2021.
22. DE ASSIS, B.B. *et al.* Fatores associados ao estresse, ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. **Revista brasileira de enfermagem**, v.75, 2022 Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0263>> Acesso em: 27 set. 2023.
23. DE CARVALHO LEMOS, G. *et al.* Associação entre fatores laborais da equipe de enfermagem na cultura de segurança do paciente. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 13, 2023. Disponível em: < <https://doi.org/10.19175/recom.v13i0.5082>> Acesso em: 02 jan. 2024.
24. DENHAM, C.R. Trust: the 5 Rights of the Second Victim. **Journal of Patient Safety**, Texas, v. 3, n. 2, p. 107-119, jun. 2007. Disponível em: < TRUST: The 5 Rights of the Second Victim on JSTOR > Acesso em 12 mar. 2022.
25. DE MELO, R.A. *et al.* Comunicação e entraves no processo de trabalho das equipes de atendimento às urgências e emergências. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 97, n. 4, p. e023187-e023187, 2023. Disponível em: < <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.4-art.1721>> Acesso em 19 fev. 2024.
26. DE SÁ, J.D.S. *et al.* Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: resgate histórico e reflexões. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, p. e37811528502-e37811528502, 2022. Disponível em: < <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28502>> Acesso em: 16 jun. 2023.
27. DIZ, A.B.M.; LUCAS, P.R.M.B. Segurança do paciente em hospital-serviço de urgência-uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1803-1812, 2022. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1413-8123202275.22742021>> Acesso em: 19 jul. 2023.
28. DO COUTO ARAÚJO, H.M. *et al.* Desafios e potencialidades do trabalho em equipe multiprofissional de saúde no atendimento às redes de urgência e emergência. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 5, p. e1312541446-e1312541446, 2023. Disponível em: < <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i5.41446> > Acesso em: 05 jan. 2024.
29. EIRAS, M. O papel da liderança e a cultura de segurança do doente nos hospitais. **Revista Gestão Hospitalar**. Coimbra, 2014. Associação portuguesa de administradores hospitalares

- APAH. Disponível em: <http://apah.pt/media/revista/3_GH_Abr2014_WEB.pdf> Acesso em: 13 out. 2021.
30. FASSARELLA, C.S. **Avaliação da cultura de segurança do paciente em ambiente hospitalar: estudo comparativo em Hospital Universitário e público do Rio de Janeiro e do Porto.** 2016. Disponível em: < TESE_FINAL_CINTIA_SILVA_FASSARELLA_UP > Acesso em: 26 nov. 2022.
 31. FÉLIX, R.S. **Cultura de segurança do paciente em uma maternidade na perspectiva de usuárias e equipe multiprofissional.** 2017. Disponível em: < <http://www.tede.universidadefranciscana.edu.br:8080/handle/UFN-BDTD/622> > Acesso em: 08 fev. 2022.
 32. FLORENSE ENFERMAGEM. **Você sabe o que é uma UTI?** Rio Grande do Sul, 2018. Disponível em: <<https://enfermagemflorence.com.br/uti/>>. Acesso em: 10 abr. 2021.
 33. FRAGATA, J; MARTINS, L. **O erro em medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade.** Coimbra: Almerinda, 2014. 328 p.
 34. FREUND, J.E.; SIMON, G.A. **Estatística Aplicada.** 9 edição. Porto Alegre: Bookman, 2000. 404 p.
 35. GOMES, A.R; BALBI, A.C.B.; NOGUEIRA, A.L.A. **O empoderamento feminino na enfermagem: uma abordagem histórica.** In: Congresso Brasileiro de Ciências e Saberes Multidisciplinares. 2023. Disponível em: < O empoderamento feminino na enfermagem: uma abordagem histórica | Congresso Brasileiro de Ciências e Saberes Multidisciplinares (emnuvens.com.br) > Acesso em: 12 jan. 2024.
 36. GUERRA, P.M.P. **Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de um hospital universitário.** 2022. Disponível em: < Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de um hospital universitário (unaerp.br)> Acesso em:13 mar. 2023.
 37. HAMDAN, M.; SALEEM, A.A. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. **Int J Qual Health Care.**, v. 25, n. 2, p. 167–175, 2013. Disponível em: < <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt007>> Acesso em: 30 jun. 2023.
 38. HANG, A.T. *et al.* Desafios à segurança do paciente na terapia intensiva: uma teoria fundamentada. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, 2023. Disponível em: < <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO03221> > Acesso em: 05 jan. 2024.
 39. HUDSON, P.T.W. **Aviation safety culture.** IJAM, v. 3, p. 27–48, 2003^a. Disponível em: < Safety Culture | SKYbrary Aviation Safety> Acesso em: 29 jul. 2023.
 40. HUGHES, L.C.; CHANG, Y.; MARK, B.A. Quality and strength of patient safety climate on medical–surgical units. **J Nurs Adm.**, v. 42, n. 10, p. 19-28, Oct. 2012. Disponível em: < DOI: 10.1097/01.HMR.0000342976.07179.3a > Acesso em: 30 jun. 2014.

41. INSTITUTE OF MEDICINE. **To err is human: building a safer health system.** Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.
42. KHALID, A.M.; NURHAN B. **A baseline assessment of CSP and its associated factors from the perspective of critical care nurses: Results from 10 hospitals.** *Int J Health Plann Mgmt.* 2020; 35: 910-921. Disponível em: <DOI:10,1002/hpm.2976> Acesso em: 12 jan. 2022.
43. LEMOS, G.C. *et al.* A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro.** 2018; v. 8. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2600> Acesso em: 28 set. 2021.
44. LINO, M.M.; SILVA, S.C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. **Nursing**, 2001.out.;41(4):25-29. Disponível em: < Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática | Nursing (Ed. bras., Impr.);4(41): 25-29, out. 2001. ilus | LILACS | BDENF (bvsalud.org) > Acesso em: 22 nov. 2022.
45. LOPEZ, E.C.M.S. *et al.* Cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, n. 1, 2020. Disponível em: < CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES CIRÚRGICAS DE HOSPITAIS DE ENSINO | REME-Revista Mineira de Enfermagem (ufmg.br) > Acesso em: 18 mai. 2022.
46. MACEDO, T.R. *et al.* Comunicação e cultura de segurança na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. **Rev Soc Bras Enferm Ped**, v. 20, n. 2, p. 73-9, 2020. Disponível em: < 2-SOBEP-2015-0048-AO.indd > Acesso em: 16 jul. 2023.
47. MADALOZZO, M.M. *et al.* Cultura de segurança do paciente em um hospital acreditado de alta complexidade. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e55510616113-e55510616113, 2021. Disponível em: < Culture of patient safety in an accredited high complexity hospital | Research, Society and Development (rsdjournal.org)> Acesso em: 02 abr. 2023.
48. MATIELLO, R.D.C. *et al.* A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. **Cogitare Enferm.** 2016; v.21:1-9. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1495/45408-184742-1-pb.pdf> Acesso em: 30 set. 2021.
49. MAZIERO, E.C.S. *et al.* Associação entre condições de trabalho da enfermagem e ocorrência de eventos adversos em Unidades Intensivas neopediátricas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03623, 2020. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019017203623> Acesso em: 12 ago. 2022.

50. MENEZES, H.G.G. *et al.* Relação entre liderança coaching e resiliência dos enfermeiros no ambiente hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, 2023. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0265pt>> Acesso em: 07. jan. 2024.
51. MELLO, J.F.; BARBOSA, S.F.F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, p. 1124-1133, 2013. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>> Acesso em: 20 fev. 2023.
52. MELLO, J.F.; BARBOSA, S.F.F. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enferm.** 2017; v.19. Disponível em: <<https://doi.org/10.5216/ree.v19.38760>>Aceso em: 10 out. 2022.
53. MELLO, J.F. *et al.* **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem.** 2011. Disponível em: < Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem (ufsc.br)> Acesso em: 13 jan. 2023.
54. METELSKI, F.K. *et al.* A segurança do paciente e o erro sob a perspectiva do pensamento complexo: pesquisa documental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33009, 2023. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333009>> Acesso em: 11 jan. 2024.
55. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 529, de 1 de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial União. 2 abr 2013; Seção 1:43-4. Disponível em: < Segurança dos Pacientes — Ministério da Saúde (www.gov.br)> Acesso em: 01 out. 2021.
56. MINUZZI, A.P. *et al.* Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. **Escola Anna Nery**, v. 20, p. 121-129, 2016. Disponível em: < <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160017>> Acesso em: 20 jul. 2023.
57. MINUZZI, A.P.; Salum, N.C.; LOCKS. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto Contexto Enferm.** 2016; v.25(2). Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>> Acesso em: 15 set. 2021.
58. MORCELLI, L.M.B. *et al.* Influência da liderança do enfermeiro na segurança dos pacientes: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 37, 2023. Disponível em: < <https://doi.org/10.18471/rbe.v37.54967>> Acesso em: 10 jan. 2024.
59. NOVARETTI, M.C.Z. *et al.* Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, p. 692-699, 2014. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>> Acesso em: 15 mar. 2022.
60. OLIVEIRA, E.M.; ANDOLHE, R.; PADILHA, K.G. Cultura de segurança do paciente e incidentes registrados durante as passagens de plantão de enfermagem em unidades de

- terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 34, p. 386-392, 2022. Disponível em: < <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20220446-pt> > Acesso em: 13 dez. 2023.
61. PEDRONI, V.S. *et al.* Cultura de segurança do paciente na área materno-infantil de hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 41, n. spe, e20190171, 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190171> > Acesso em 20 nov. 2023.
 62. PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. e0024678, 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246> > Acesso em: 30 set. 2023.
 63. PEIXOTO, V.G. Os pilares da qualidade da assistência e a acreditação hospitalar. Estudos **Avançados sobre Saúde e Natureza**, v. 20, 2023. Disponível em: < <https://doi.org/10.51249/easn20.2023.145> > Acesso em: 15 jan. 2024.
 64. PEREIRA, A.M.F. **A cultura de segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva: estudo transversal.** 2023. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: < Universidade Federal do Rio Grande do Norte: A cultura de segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva: estudo transversal (ufrn.br) > Acesso em: 21 jan. 2024.
 65. PETERLINI, L.P.; SAES, A.C. **Culpa: Cultura de não punição e accountability na assistência à saúde.** In: FONSECA, A. S.; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A. Segurança do paciente. São Paulo: Martinari, 2014.
 66. PRIETO, M.M.N. Cultura de segurança do paciente em hospital universitário durante a pandemia da COVID-19. 2021. Disponível em: < Cultura de segurança do paciente em hospital universitário durante a pandemia da COVID-19 (ufscar.br) > Acesso em: 17 jul. 2023.
 67. PRIETO, M.M.N.; FONSECA, R.E.P.; ZEM-MASCARENHAS, S.H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospitais brasileiros através do HSOPSC: scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1315> > Acesso em: 31 out. 2023.
 68. RHP: **Real Hospital Português.** Recife, 2021. Página inicial. Disponível em: <<https://rhp.com.br/>> Acesso em 30 set. 2021.
 69. REASON, J. Human error: models and management. **The BMJ**, 18 March 2000. 768-770. Disponível em: < <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768> > Acesso em: 23 nov. 2023.
 70. REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE - REBRAENSP. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais de saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – Porto Alegre:**

- EDIPUCRS, 2013. 132 p. Disponível em: < Estratégias para segurança do paciente: manual para profissionais da saúde - Biblioteca Virtual de Enfermagem - Cofen > Acesso em: 13 abr. 2022.
71. REIS, C.T. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. 203 f. Tese (doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358> > Acesso em: 01 nov. 2022.
 72. REIS, C.T. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.11, p. 2199-2210, 2012. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/DvyWttQysxLyKhVSjdyF4Jf/?lang=pt> > Acesso em: 21 set. 2021.
 73. REIS C.T; MARTINS M.; LAGUARDIA J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado em saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.7, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/vHsXdrnk6qTnkLkGsFJbr/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 23 set. 2021.
 74. RIBEIRO, L.L *et al.* O uso da metodologia ativa como ferramenta de fortalecimento para a segurança do paciente. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 8, p. e4889-e4889, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reaenf.e4889.2021>> Acesso em 14 dez. 2021.
 75. RIBEIRO, L.A.M.; DA SILVA VEIGA, H.M. Bem-estar no trabalho: influência do clima organizacional entre trabalhadores hospitalares. **Revista Psicologia e Saúde**, p. 63-76, 2022. Disponível em: < <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i1.1681>> Acesso em 20 fev. 2024.
 76. RIEGEL, F. *et al.* A teoria de Florence Nightingale e suas contribuições para o pensamento crítico holístico na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0139>> Acesso em: 25 set. 2023.
 77. SANCHIS, D.Z. *et al.* Cultura de segurança do paciente: percepção de profissionais de enfermagem em instituições de alta complexidade. **Rev. Bras. Enferm.** 2020; 73(5): e20190174. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174> > Acesso em: 16 nov. 2020.
 78. SCHEIN, E.H. **Cultura Organizacional e Liderança**. São Paulo: Atlas, 2009.
 79. SILVA, K.M. Trabalho em equipe como dimensão da cultura de segurança do paciente: percepção dos profissionais de um hospital maternidade. 2023. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: < <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/56269> > Acesso em: 12 jan. 2024.

80. Soares, D. *et al.* Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem na unidade de terapia intensiva no centro-oeste goiano. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica de Ceres**, v. 10, n. 1, p. 184-200, 2021. Disponível em: <<http://revistas2.unievangelica.edu.br/index.php/refacer/article/download/5886/4101>> Acesso em: 21 jun. 2023.
81. SOLVES, J.J.M. *et al.* Guia de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. [S. l.]: **Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas**, 2015. Disponível em: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Guia-de-recomendaciones_sv-pdf.pdf> Acesso em: 05 out. 2022.
82. SORRA, J.S.; NIEVA, V.F. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. 74p. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>> Acesso em: 30 set. 2021.
83. SORRA, J.; L.; STREAGLE, S. *et al.* AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. (Prepared by Westat, under Contract No. HHS A290201300003C). AHRQ Publication No. 15-0049-EF (Replaces 04-0041). Rockville, MD: **Agency for Healthcare Research and Quality**. January 2016.
84. TAVARES, I.G.A.M. *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente em um Hospital Psiquiátrico Militar. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 1, p. 2738-2756, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-216>> Acesso em: 18 jan. 2024.
85. TLILI, M.A. *et al.* Uma avaliação inicial da cultura de segurança do paciente e seus fatores na perspectiva de enfermeiros de cuidados intensivos: resultados de 10 hospitais. **Australian College of Critical Care Nurses** 34 (2021) 363e369 Disponível em:<<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.09.004>> Acesso em: 18 ago. 2023.
86. TOMAZONI, A. *et al.* Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64996>> Acesso em: 16 set. 2023.
87. TRIOLA, M.F. **Introdução à estatística**. 10 edição: LTC, 2011, 696p.
88. VIEIRA MAGALHÃES, E. *et al.* Cultura de segurança do paciente entre profissionais de Enfermagem em um hospital filantrópico de Minas Gerais. **Revista Cuidarte**, v. 12, n. 3, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.15649/cuidarte.1990>> Acesso em: 01 nov. 2023.
89. VIGANÓ, D.R.; COSTA, M.A. Dificuldades encontradas na implantação dos protocolos de segurança do paciente no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 2, p. e23312240178-e23312240178, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.40178>> Acesso em: 14 jan. 2024.

90. WEGNER, W. *et al.* Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc Anna Nery** [internet]. 2016; 20(3). Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>> Acesso em: 02 mar. 2023.
91. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Version 1.1. Final Technical Report. Chapter 3. The International Classification for Patient Safety. Key Concepts and Preferred Terms. 2020.
92. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>. Acesso em: 15 ago. 2021.
93. ZANELLI, F.P. *et al.* Cultura de Segurança do paciente: visão da equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 1, p. e11399-e11399, 2023. Disponível em: < <https://doi.org/10.25248/reas.e11399.2023> > Acesso em: 07 jan. 2024.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **Cultura de segurança do paciente sob a percepção de enfermeiros intensivistas**, que está sob a responsabilidade da mestrandia do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Cícera Moniele Neta Laranjeira, com endereço Av. Prof. Moraes Rego, 1235, Departamento de Enfermagem – Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50670-901; telefone celular: _____ e e-mail cicera.moniele@ufpe.br.

Esta pesquisa está sob a orientação da Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos, telefone:

_____, e-mail vania.ramos@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Sua participação é voluntária e você pode ter plena liberdade de se recusar a participar do estudo e esta decisão não acarretará nenhuma penalização por parte dos pesquisadores nem trará nenhum prejuízo na relação com sua instituição de trabalho.

O objetivo deste estudo é avaliar a Cultura de Segurança do Paciente em três instituições hospitalares distintas sob a ótica de enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e analisar os dados obtidos de forma descritiva e comparativa. Você foi selecionado (a) para participar por trabalhar na UTI de um dos hospitais alvo do estudo e por sua atuação profissional influenciar direta ou indiretamente o cuidado prestado ao paciente.

A coleta de dados será realizada por meio do questionário eletrônico “*Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) que será acessado por meio de link eletrônico localizado ao fim deste e-mail. O questionário poderá ser respondido através de um computador, tablet ou outro dispositivo com acesso à internet. Ao clicar no link do questionário e respondê-lo, você está fornecendo consentimento virtual e concordando em participar do estudo.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial. Os dados coletados poderão ser divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos mantendo o sigilo e anonimato.

Quanto aos riscos oriundos desta pesquisa, há a possibilidade de desconforto durante o preenchimento do questionário, despertando sentimentos e lembranças desagradáveis ou provocar leve cansaço durante ou após responder o questionário. Caso algumas dessas situações ocorram, você poderá interromper o preenchimento do questionário ou optar pela suspensão imediata de sua participação. Para isso, basta fechar a página do navegador em que consta o questionário da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida o suporte e indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação, conforme decisão judicial ou extra-judicial, conforme aponta a Resolução CNS 466/2012.

Com relação aos benefícios, não existem benefícios diretos ao participante. No entanto, os benefícios desta pesquisa estão relacionados à geração de conhecimentos sobre a cultura de segurança dos profissionais que atuam em Unidades de Terapia Intensiva, que poderão contribuir para a avaliação e para acompanhar as condições de trabalho e de saúde desses profissionais, além de possibilitar a identificação de áreas e processos passíveis de melhoria. Este estudo poderá avaliar a efetividade dos processos institucionais no tocante à segurança do paciente e contribuir para o planejamento de medidas para a implementação de processos assistenciais cada vez mais seguros. Você poderá solicitar acesso aos resultados preliminares da pesquisa, mediante solicitação por e-mail à coordenadora da pesquisa, conforme contato abaixo.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50740-600, Tel.: (81) 2126-8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br.**

(Assinatura do pesquisador)

APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Cultura de segurança do paciente sob a percepção de enfermeiros intensivistas

Pesquisador responsável: Cícera Moniele Neta Laranjeira

Instituição/Departamento de origem do pesquisador: Universidade Federal de Pernambuco

Telefone para contato:

E-mail: cicera.moniele@ufpe.br

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Garantir que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/UFPE e que os dados serão armazenados pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa;
- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los;
- Garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;
- Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa.

A coleta dos dados desta pesquisa será realizada de forma virtual e ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, pelo período mínimo de 05 anos após o término da pesquisa.

Recife – PE, em ____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO A - VERSÃO BRASILEIRA DO HSOPSC

QUESTIONÁRIO SOBRE AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS (HSOPSC)

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.

Definições:

- 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.

Instruções de preenchimento:

- Não existem respostas certas nem erradas. Solicitamos apenas que expresse a sua opinião, sendo que a mesma é facultativa.
- Os dados deste questionário serão tratados com confidencialidade e serão usados apenas no âmbito deste estudo, sendo sempre divulgados de forma anônima.
- Leia atentamente a escala de resposta e marque somente uma resposta.

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.

- () a. Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica
- () b. Clínica (não cirúrgica)
- () c. Cirurgia
- () d. Obstetrícia
- () e. Pediatria
- () f. Setor de emergência
- () g. Unidade de Terapia Intensiva (qualquer tipo)
- () h. Psiquiatria/saúde mental
- () i. Reabilitação
- () j. Farmácia

()k. Laboratório

()l. Radiologia

()m. Anestesiologia

()n. Outra, por favor, especifique _____

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às outras					
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho					
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente					
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito					
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente					
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente					
7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente					
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles					
9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui					
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui					
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam					
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema					

13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade					
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido					
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída					
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais					
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente					
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros					

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 (1)	Discordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente					
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente					
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"					
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente					

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 (1)	Raramente (2)	Às vezes (3)	Quase sempre (4)	Sempre (5)
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos					
2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente					
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade					
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores					
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente					
6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo					

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?

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

SEÇÃO E: NOTA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

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

- () a. Excelente
- () b. Muito boa
- () c. Regular
- () d. Ruim

()e. 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 (1)	Discordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente					
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si					
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra					
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto					
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno					
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital					
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital					
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal					
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso					
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes					
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes					

SEÇÃO G: NÚMERO DE EVENTOS NOTIFICADOS

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

- a. Nenhuma notificação
- b. 1 a 2 notificações
- c. 3 a 5 notificações
- d. 6 a 10 notificações
- e. 11 a 20 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
- b. 1 a 5 anos
- c. 6 a 10 anos
- d. 11 a 15 anos
- e. 16 a 20 anos
- f. 21 anos ou mais

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

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

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

- a. Menos de 20 horas por semana
- b. 20 a 39 horas por semana
- c. 40 a 59 horas por semana
- d. 60 a 79 horas por semana

- e. 80 a 99 horas por semana
- f. 100 horas por semana ou mais

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 Básico) Incompleto

- d. Segundo grau (Ensino Básico) Completo
- e. Ensino Superior Incompleto
- f. Ensino Superior Completo
- g. Pós-graduação (Nível Especialização)
- h. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)

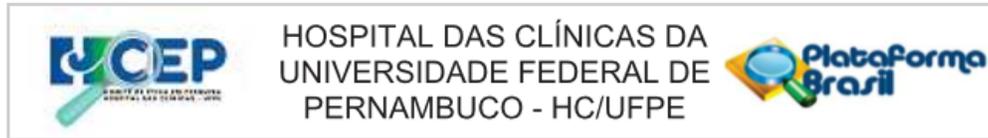
8. Qual a sua idade? _____ anos

9. Indique o seu sexo: Feminino 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.

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador: VÂNIA PINHEIRO RAMOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 77695924.8.0000.8807

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.686.473

Apresentação do Projeto:

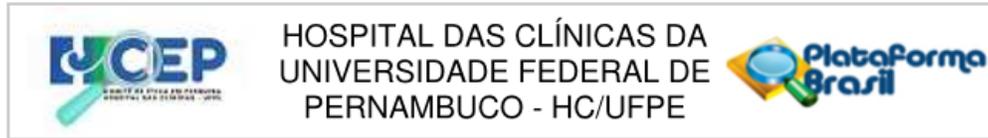
Projeto de Mestrado da discente Cícera Moniele Neta, do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem. Tem como pesquisadora principal e orientadora a Professora Dra. Vânia Pinheiro Ramos. O projeto conta ainda com as pesquisadoras Virgínia Gomes Ferreira da Cruz e Amanda Vitória Athayde Medeiros da Silva, discentes do curso de graduação em enfermagem. Trata-se de de um estudo transversal, do tipo survey, de abordagem descritiva, comparativa e quantitativa por meio de um questionário com vistas a conhecer a percepção de profissionais da enfermagem sobre cultura de segurança do paciente. O estudo será desenvolvido em dois hospitais localizados em Recife, no Real Hospital Português e Hospital das Clínicas-UFPE. A amostra será composta por enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva. O tamanhoda amostra será definido de forma intencional, pelos profissionais que aceitarem participar e que se enquadrem nos critérios de inclusão.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral é Investigar a cultura de segurança do paciente na ótica dos enfermeiros atuantes em Unidades de Terapia Intensiva em dois diferentes hospitais, através de uma análise comparativa entre os dados.

E os objetivos específicos são:

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cepsh.hc-ufpe@ebserh.gov.br



Continuação do Parecer: 6.686.473

- Conhecer a ótica dos enfermeiros sobre cultura de segurança do paciente;
- Identificar as potencialidades e fragilidades dessa cultura de acordo com as dimensões propostas no instrumento;
- Analisar comparativamente os dados obtidos à luz da literatura sobre a temática.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os dados coletados serão confidenciais e serão apenas divulgados em eventos ou produções científicas, sem qualquer identificação dos participantes. Antes de responder ao questionário, o participante deverá ler o TCLE e dar anuência por meio de aceite eletrônico via Google Forms. As informações coletadas serão armazenadas em locais específicos (arquivos e computadores pessoais), sob a responsabilidade do pesquisador durante o período mínimo de 05 anos. Os riscos relativos à participação no estudo são o risco de constrangimento durante o preenchimento dos questionários, quebra de sigilo em relação à identidade do participante da pesquisa. Contudo, assegura-se que os nomes dos participantes serão mantidos desconhecidos e que em nenhuma etapa do estudo, haverá a exposição de informações de um participante para outro.

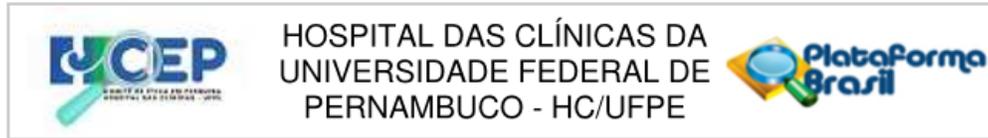
Quanto aos benefícios destacam-se a percepção do enfermeiro acerca da importância de uma cultura de segurança do paciente forte na instituição em que ele trabalha e da repercussão dessa cultura na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes, com o intuito de promover uma melhoria nos processos assistenciais de cada instituição a partir dos resultados obtidos após o término do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Temas relacionados à segurança do paciente são destaques mundialmente, e implicam que instituições de saúde desenvolvam e implementem ações voltadas para a melhoria dos seus processos assistenciais. A cultura de segurança do paciente em hospitais vem sendo um indicador que viabiliza iniciativas para redução de riscos e de Eventos Adversos neste cenário. Além disso, a enfermagem possui um papel relevante na atuação com vistas a promover a segurança do paciente, por possuir o maior número de profissionais atuando no contato contínuo com os pacientes, identificando prioridades e prevenindo situações. O enfermeiro possui papel relevante para a liderança efetivadas equipes de enfermagem para ofertar um cuidado qualificado e seguro (BAMPI et al., 2016). Desta forma, é necessário a avaliação da cultura de segurança do paciente através de instrumentos desenvolvidos para esta finalidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cepsh.hc-ufpe@ebserh.gov.br



Continuação do Parecer: 6.686.473

Pesquisadora apresenta documentos obrigatórios

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

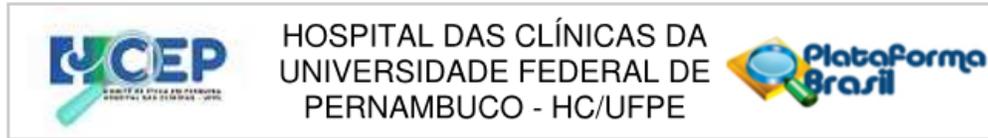
Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2270942.pdf	22/02/2024 16:36:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetedetalhadofinal.docx	22/02/2024 16:36:07	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.docx	22/02/2024 16:35:48	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2270942.pdf	20/02/2024 15:19:51		Aceito
Outros	LattesVirginia.pdf	20/02/2024 15:19:14	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Outros	LattesVaniaPinheiro.pdf	20/02/2024 15:19:00	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Outros	LattesCicera.pdf	20/02/2024 15:18:46	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Outros	LattesAmanda.pdf	20/02/2024 15:18:31	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Outros	declaracaoVlrginia.pdf	20/02/2024 14:59:33	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Outros	declaracao_cicera.pdf	20/02/2024 14:59:01	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Outros	AMANDAVITORIA.pdf	20/02/2024 14:58:29	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Outros	compromisso.pdf	20/02/2024 14:57:13	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetedetalhadofinal.docx	20/02/2024 14:56:20	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetedetalhadofinal.docx	20/02/2024 14:56:20	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Recusado
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.docx	20/02/2024 14:55:07	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cepsh.hc-ufpe@ebserh.gov.br



Continuação do Parecer: 6.686.473

Justificativa de Ausência	TCLE.docx	20/02/2024 14:55:07	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	20/02/2024 14:54:26	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2270942.pdf	03/01/2024 15:57:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	03/01/2024 15:57:07	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	03/01/2024 15:57:07	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Recusado
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	03/01/2024 15:53:46	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	03/01/2024 15:53:46	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Recusado
Outros	VINCULO.jpg	03/01/2024 14:47:23	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Outros	CartaSEIEBSERH.pdf	03/01/2024 14:46:38	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Outros	CartaAnuencia.pdf	03/01/2024 14:45:53	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Outros	cartaanuenciautihc.pdf	03/01/2024 14:42:47	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Outros	LattesCiceraMonieleNeta.pdf	03/01/2024 14:42:12	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Outros	LattesCiceraMonieleNeta.pdf	03/01/2024 14:42:12	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Recusado
Outros	LattesVaniaPinheiroRamos.pdf	03/01/2024 14:41:40	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.docx	03/01/2024 14:40:51	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.docx	03/01/2024 14:40:51	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Recusado

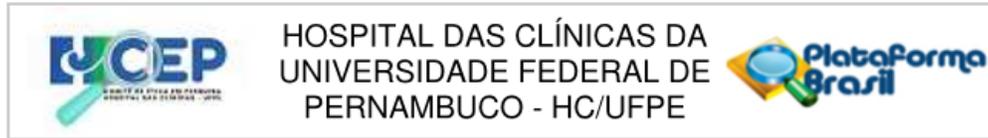
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cepsh.hc-ufpe@ebserh.gov.br



Continuação do Parecer: 6.686.473

RECIFE, 05 de Março de 2024

Assinado por:
Ana Caetano
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cepsh.hc-ufpe@ebserh.gov.br

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO RHP

REAL HOSPITAL PORTUGUÊS
DE BENEFICÊNCIA DE
PERNAMBUCO - RHP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.

Pesquisador: AMANDA VITORIA ATHAYDE MEDEIROS DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 76712123.5.0000.9030

Instituição Proponente: REAL HOSPITAL PORTUGUES DE BENEFICENCIA EM PERNAMBUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.611.035

Apresentação do Projeto:

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

"A temática de segurança do paciente vem ganhando destaque a nível global, o que evidencia a necessidade de as instituições de saúde desenvolverem e implementarem ações voltadas para a melhoria dos seus processos assistenciais. Para tanto, se faz necessário a avaliação da cultura de segurança do paciente através de instrumentos desenvolvidos para esta finalidade. O objetivo deste estudo é investigar a cultura de segurança do paciente na ótica dos enfermeiros atuantes em Unidades de Terapia Intensiva, localizado na cidade de Recife-PE. Trata-se de um estudo transversal, do tipo survey, de abordagem descritiva e quantitativa. A proposta será desenvolvida de acordo com as seguintes etapas: revisão de literatura, solicitação e obtenção de autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa, contato inicial com setor de recursos humanos e gerências de enfermagem do hospita da pesquisa e coleta presencial de dados utilizando como questionário o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), da Agency for Health Research and Quality (Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde - AHRQ). O HSOPSC avalia diversos parâmetros sobre a presente temática. Os dados coletados serão analisados e interpretados conforme recomendações da AHRQ. Há viabilidade técnico-financeira associada a este projeto de pesquisa e sua realização obedecerá aos prazos necessários para finalização dentro do tempo necessário para sua conclusão. Espera-se que ao término deste estudo, a identificação das potencialidades e

Endereço: Rua São Francisco

Bairro: Paissandu

UF: PE

Município: RECIFE

CEP: 52.010-020

Telefone: (81)3416-1602

E-mail: ceprhp@gmail.com

REAL HOSPITAL PORTUGUÊS
DE BENEFICÊNCIA DE
PERNAMBUCO - RHP



Continuação do Parecer: 6.611.035

fragilidades de cada UTI seja vista e utilizada como ferramenta para o aprimoramento da cultura de segurança do paciente em cada uma delas, além de contribuir para a construção de conhecimentos científicos acerca da temática em questão."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Investigar a cultura de segurança do paciente na ótica dos enfermeiros atuantes em Unidades de Terapia Intensiva em um hospital filantrópico no município de Recife-PE.

Objetivo Secundário:

- Conhecer a ótica dos enfermeiros sobre cultura de segurança do paciente;
- Identificar as potencialidades e fragilidades dessa cultura de acordo com as dimensões propostas no instrumento;
- Analisar os dados obtidos à luz da literatura sobre a temática."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos: Como riscos para o participante têm-se a possibilidade de constrangimento ao responder algum item do instrumento de pesquisa, no entanto, será assegurado o sigilo quanto à participação, o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento e a garantia de que a sua participação e respostas não influenciarão na relação deles com os pesquisadores responsáveis pelo estudo e com seus empregadores."

"Benefícios:

Para os participantes, os benefícios são indiretos, no entanto este estudo tem como benefício a oportunidade de contribuir diretamente para a melhoria e segurança dos cuidados prestados por suas equipes, além de possibilitar a ampliação dos conhecimentos científicos relacionados a temática. Os dados publicados também servirão de embasamento para pesquisas na área ao contribuir para uma maior exploração científica a respeito do assunto."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo observacional com questionário em profissionais de saúde, com relevância na temática de segurança do paciente.

Referido como Tamanho da Amostra: 63.

Endereço: Rua São Francisco

Bairro: Paissandu

UF: PE

Município: RECIFE

CEP: 52.010-020

Telefone: (81)3416-1602

E-mail: ceprhp@gmail.com

**REAL HOSPITAL PORTUGUÊS
DE BENEFICÊNCIA DE
PERNAMBUCO - RHP**



Continuação do Parecer: 6.611.035

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados adequadamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos no projeto de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, este Comitê de Ética em Pesquisa manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2230564.pdf	28/12/2023 20:07:22		Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	28/12/2023 20:06:32	AMANDA VITORIA ATHAYDE MEDEIROS DA SILVA	Aceito
Outros	CartadeAnuEncia.pdf	28/12/2023 20:04:54	AMANDA VITORIA ATHAYDE MEDEIROS DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCR_Amanda.pdf	28/12/2023 20:03:03	AMANDA VITORIA ATHAYDE MEDEIROS DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEiep.pdf	28/12/2023 20:00:51	AMANDA VITORIA ATHAYDE MEDEIROS DA SILVA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	16/10/2023 11:43:40	AMANDA VITORIA ATHAYDE MEDEIROS DA SILVA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	16/10/2023 11:43:32	AMANDA VITORIA ATHAYDE MEDEIROS DA SILVA	Aceito
Outros	termodeconfidencialidadecspassinado.pdf	16/10/2023 11:31:59	AMANDA VITORIA ATHAYDE MEDEIROS DA SILVA	Aceito

Endereço: Rua São Francisco

Bairro: Paissandu

UF: PE

Telefone: (81)3416-1602

Município: RECIFE

CEP: 52.010-020

E-mail: ceprhp@gmail.com

REAL HOSPITAL PORTUGUÊS
DE BENEFICÊNCIA DE
PERNAMBUCO - RHP



Continuação do Parecer: 6.611.035

Outros	curriculovania.pdf	14/10/2023 18:57:36	AMANDA VITORIA ATHAYDE MEDEIROS DA SILVA	Aceito
Outros	Curriculoamanda.pdf	14/10/2023 18:56:52	AMANDA VITORIA ATHAYDE MEDEIROS DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 11 de Janeiro de 2024

Assinado por:
ALINE LOPES GARCIA LEAL
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco

Bairro: Paissandu

UF: PE

Município: RECIFE

CEP: 52.010-020

Telefone: (81)3416-1602

E-mail: ceprhp@gmail.com