UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAS

MAILA MERYELLEN FERREIRA GARCIA MANSO

**Cultura de segurança do paciente segundo a equipe de
enfermagem de um hospital terciário**

**Culture of patient safety according to the nursing staff of a
tertiary hospital**

BAURU
2021

MAILA MERYELLEN FERREIRA GARCIA MANSO

Cultura de segurança do paciente segundo a equipe de enfermagem de um hospital terciário

Culture of patient safety according to the nursing staff of a tertiary hospital

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação, na área de concentração Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas.

Orientador: Prof. Dr. Armando dos Santos Trettene

BAURU
2021

Manso, Maila Meryellen Ferreira Garcia

Cultura de segurança do paciente segundo a equipe de enfermagem de um hospital terciário / Maila Meryellen Ferreira Garcia Manso. -- Bauru, 2021.

78f. : il. ; 31 cm.

Dissertação (mestrado) -- Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2020.

Orientador: Prof. Dr. Armando dos Santos Trettene
Descritores: Cultura organizacional. Segurança do paciente. Equipe de enfermagem. Hospitais especializados.

Nota: A versão original desta dissertação/tese encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data: 23/04/2021

Comitê de Ética do HRAC-USP
Protocolo nº: 4.133.326
CAAE: 31762620.4.0000.5441
Data: 03/07/2020

DEDICATÓRIA

A **Deus**, que na sua infinita misericórdia, sempre me guiou e fortaleceu nos momentos difíceis.

À minha **mãe**, Silvia, que abdicou da sua própria vida para me educar, orientar e ensinar os princípios de dignidade, honestidade e amor materno. Serei eternamente grata por tudo o que fez e faz por mim! Você é o exemplo de que tudo na vida é possível através do trabalho.

Ao meu **esposo**, Artur, que sempre me incentivou a evoluir como pessoa e profissional.

Aos **meus filhos** queridos, Manuella e Artur, que são os meus bens mais preciosos.

Aos meus irmãos, **Marcos e Marcelly**, que sempre torceram e vibraram com minhas vitórias. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Armando dos Santos Trettene, toda a minha admiração pelo mestre, orientador e amigo. Profissional de uma ética e inteligência imensurável, que compartilha conosco diariamente o seu conhecimento como profissional e ser humano, de um coração enorme, sempre disposto a ajudar o próximo. Obrigada por me incentivar a entrar nesse campo da pesquisa e me ensinar diariamente a ser uma pessoa melhor.

À Prof. Dra. Jeniffer de Cássia Rillo Dutka, que prontamente me acolheu no início do mestrado como orientadora.

A todos os membros da equipe de Enfermagem do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), que prontamente responderam a minha pesquisa. Sem vocês, este trabalho não seria possível.

Às minhas queridas amigas enfermeiras: Ana Márcia Bartone pelo incentivo e autorização para ingressar no Mestrado, Gesiane Bom minha companheira da rotina diária de trabalho; Francely Tinelli pelo apoio e conhecimento acadêmico e Nayara Tomazi, que pela expertise na era digital, me socorreu muitas vezes. Minha eterna gratidão!

À Secretaria do Programa de Pós-Graduação do HRAC-USP, em especial à Ana Regina, que estava sempre disposta a me ajudar nas dúvidas burocráticas.

À Profa. Dra. Wilza Spiri, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação para o aprimoramento desta tese.

Aos componentes da banca examinadora, minha admiração por acrescentarem excelência ao meu conhecimento, quando aceitaram participar.

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados. ”

Florence Nightingale

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção da cultura de segurança do paciente segundo a equipe de enfermagem de um hospital público e terciário, especializado no atendimento de pacientes com anomalias craniofaciais e síndromes relacionadas.

Casuística e Método: estudo observacional, descritivo, transversal, de delineamento quantitativo, desenvolvido em um hospital público e terciário brasileiro. Foram incluídos profissionais de enfermagem, ou seja, enfermeiros, técnicos e auxiliares, atuantes no hospital por período superior a seis meses, independente do setor onde atuavam, com carga de trabalho semanal mínima de 20 horas. Foram excluídos os profissionais que se encontravam ausentes no período da coleta de dados, independente do motivo. A amostra constou de 81 profissionais. A coleta de dados foi realizada em ambiente privativo, individualmente, entre julho e setembro de 2020, por meio de um questionário autoaplicável denominado Hospital Survey on Patient Safety Culture, que foi traduzido e validado à realidade hospitalar brasileira. Para a análise estatística foram utilizados os Testes Qui-quadrado e ANOVA, além da análise de resíduos ajustados. Considerou-se o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados: o percentual médio geral de respostas positivas, referentes às dimensões da cultura de segurança do paciente, foi de 69,28%. As dimensões da cultura de segurança do paciente consideradas como áreas fortes, incluíram: expectativas e ações sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente (83,95%); trabalho em equipe dentro das unidades (80,86%); apoio da gestão para a segurança do paciente (79,01%) e aprendizado organizacional (76,95%). Em contrapartida, a dimensão respostas não punitivas aos erros, foi considerada como área frágil, com percentual de resposta de 42,39%. Em referência à nota de segurança do paciente, segundo a equipe de enfermagem, 63% ($n=51$) a avaliaram como muito boa. Quanto ao número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses, 70% ($n=57$), dos participantes, informaram não terem realizado notificações. Dentre os que notificaram, 14% ($n=11$) efetuaram de 1 a 2 vezes. Os técnicos de enfermagem apresentaram melhor percepção em relação à segurança do paciente, em comparação com os enfermeiros ($p=0,006$), assim como os profissionais que classificaram a nota referente à segurança do paciente institucional, como excelente ($p<0,001$). **Conclusão:** é necessário fortalecer e estimular a notificação de eventos adversos, além de substituir a cultura tradicional e punitiva, pela justa,

proporcionando um ambiente de trabalho que valorize e estimule a segurança do paciente. Ainda, considerando a existência de áreas a serem fortalecidas referentes à segurança do paciente, faz-se necessário fomentar ambientes de discussão e aprendizagem, que envolvam tanto os gestores quanto os profissionais, visando aprofundar a reflexão acerca da segurança do paciente, bem como das particularidades que envolvem a assistência aos pacientes com anomalias craniofaciais e síndromes relacionadas.

Palavras-chave: Cultura organizacional. Segurança do paciente. Equipe de enfermagem. Hospitais especializados.

ABSTRACT

Culture of patient safety according to the nursing staff of a tertiary hospital

Objective: to analyze the perception of the patient safety culture according to the nursing staff of a public and tertiary hospital specialized in the care of patients with craniofacial anomalies and related syndromes. **Casuistry and Method:** observational, descriptive, cross-sectional study, with quantitative design, developed in a Brazilian public and tertiary hospital. Nursing professionals were included, that is, nurses, technicians and assistants, working in the hospital for more than six months, regardless of the sector, with a minimum weekly workload of 20 hours. Professionals who were absent during the data collection period were excluded, regardless of the reason. The sample consisted of 81 professionals. Data collection was carried out in a private environment, individually, between July and September 2020, through a self-administered questionnaire, denominated as *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, which was translated and validated according to the Brazilian hospital reality. For the statistical analysis, the Chi-square and ANOVA tests were employed, in addition to the analysis of adjusted residues. The level of significance was set at 5% ($p \leq 0.05$). **Results:** the overall average percentage of positive responses, referring to the dimensions of the patient safety culture, was 69.28%. The dimensions of the patient safety culture considered as strong areas, included: expectations and actions about their supervisor / boss and actions promoting patient safety (83.95%), teamwork within the units (80.86%), management support for patient safety (79.01%) and organizational learning (76.95%). In contrast, the dimension to non-punitive responses to errors, was considered as a fragile area, with a response percentage of 42.39%. Regarding the patient safety score according to the nursing team, 63% ($n = 51$) rated it as very good. As for the number of adverse events reported in the last 12 months, 70% ($n = 57$) of the participants, reported not having made any notifications. Among those who reported, 14% ($n = 11$) it happened 1 to 2 times. Nursing technicians had a better perception of the patient safety, compared to nurses ($p = 0.006$), as well as professionals who rated the institutional patient safety score as excellent ($p < 0.001$). **Conclusion:** it is necessary to strengthen and encourage the notification of adverse events, in addition to replacing the traditional and punitive culture to the fair one, providing a work environment which values and encourages patient safety. Still, considering the existence of areas to be strengthened regarding patient safety, it

becomes necessary to foster environments for discussion and learning, including both, managers and professionals, aiming to deepen the reflection about the patient safety, as well as the particularities which involve assistance to patients with craniofacial anomalies and related syndromes.

Keywords: Organizational culture. Patient safety. Nursing team. Specialized hospitals.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 -	Nota referente à segurança do paciente, segundo a equipe de enfermagem.....	37
Figura 2 -	Eventos notificados por profissionais de enfermagem, nos últimos 12 meses.....	38
Figura 3 -	Análise de resíduos referente a associação entre a percepção da segurança do paciente (em áreas) e a categoria profissional.....	39
Figura 4 -	Análise de resíduos referente a associação entre a percepção da segurança do paciente (em áreas) e a nota dada pelos profissionais para a segurança do paciente na instituição.....	40

QUADROS

Quadro 1 -	Dimensões da cultura de segurança do Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC.....	29
------------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo as variáveis: sexo, status de contato com o paciente, grau de instrução, cargo/função e tempo de trabalho no hospital.....	33
Tabela 2 - Percentuais de respostas às dimensões da cultura de segurança do Hospital Survey on Patient Safety Culture.....	34
Tabela 3 - Classificação das dimensões referentes à avaliação da cultura de segurança do paciente.....	37
Tabela 4 - Associação entre a percepção da segurança do paciente com as variáveis: área de atuação, categoria profissional, notificações de eventos adversos e nota dada à segurança do paciente.....	39
Tabela 5 - Associação entre as áreas da segurança do paciente com as variáveis: tempo de atuação e idade dos participantes.....	40

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	17
2.	OBJETIVO.....	23
3.	CASUÍSTICA E MÉTODO.....	27
4.	RESULTADOS	33
5.	DISCUSSÃO.....	43
6.	CONCLUSÃO	53
	REFERÊNCIAS.....	57
	APÊNDICÊS	67
	ANEXOS.....	71

1

Introdução

Introdução

1. INTRODUÇÃO

A preocupação com a segurança do paciente, assim como das nuances que a compõem, se iniciaram a partir do relatório publicado no ano de 1999 pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos das Américas, *“To Err is human”*, que mostrou dados alarmantes sobre erros advindos da assistência à saúde em ambientes hospitalares. A finalidade principal não se referia às ações punitivas aos profissionais, até então comuns, mas sim a discussão sobre estratégias que poderiam minimizar essas estatísticas.¹ Embora algum tempo tenha passado desde então, os dados continuam aquém do ideal, configurando-se como um grande desafio.²

No Brasil, de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no período de março a dezembro de 2018 foram notificados 272.689 incidentes. Destes, aproximadamente dois terços ocasionaram dano ao paciente, sendo o principal cenário, as instituições hospitalares (93,7%).³

Na atenção à saúde, a segurança é um princípio básico e requisito para a qualidade do cuidado. A segurança do paciente, por sua vez, é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados com a atenção à saúde, até um mínimo aceitável, pois, considerando-se a complexidade dos procedimentos e tratamentos, o potencial para o dano é real.^{4,5}

A Organização Mundial da Saúde mobilizou-se nas questões de segurança do paciente e da qualidade do cuidado em saúde, a partir de 2002. Em 2004, foi criada a primeira edição da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, que se voltou à criação e ao desenvolvimento de políticas e práticas para esse fim.⁴

Recomendou aos países, maior atenção a essa temática, tendo como objetivo despertar a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência, além de apoiar os países no desenvolvimento de políticas públicas e práticas voltadas para a segurança do paciente em todo o mundo. Desse modo, faz-se necessário discutir as práticas atuais, com o intuito de produzir ações, que, efetivamente, sejam capazes de reduzir os riscos à segurança do paciente durante a assistência à saúde.⁶

O Brasil, em conformidade as recomendações internacionais, lançou através da ANVISA, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 529, em 1º de abril de 2013, cujos objetivos foram: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à

segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), nos estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde⁷

Contudo, deve-se ter em mente que a segurança do paciente é um conceito amplo, multifacetado, com múltiplas dimensões que necessariamente se inter-relacionam. Assim, os profissionais de saúde, tanto gestores quanto assistenciais, têm que lidar com todos esses riscos inter-relacionados e muitas vezes contraditórios, para cumprir suas funções de maneira satisfatória⁸

Nessa direção, um estudo francês identificou como principais, de atividades relacionadas à segurança: a liderança e motivação, monitoramento das práticas de saúde, comunicação de informações e ferramentas relacionadas à segurança, coordenação dos processos de trabalho nos diferentes departamentos, direcionamento da política de segurança e efetivação de sua implementação.⁹

Para efetivação de processos, faz-se necessário o estabelecimento de uma cultura alicerçada naquilo que se pretende implementar ou modificar. Segundo a antropologia, cultura é "o complexo que inclui o conhecimento, as crenças, a arte, a moral, a lei, os costumes e todos os outros hábitos e capacidades adquiridos pelo homem, enquanto membro de uma organização ou sociedade".¹⁰

O termo *cultura de segurança*, foi descrito pela primeira vez, após o Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear publicar o relatório sobre o acidente na usina de Chernobyl, em 1986, definindo-o como um produto de valores, atitudes, percepções e competências, grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento com o gerenciamento de segurança nas instituições.¹¹

Posteriormente, o termo cultura, foi inserido na segurança institucional, configurando-se como um princípio fundamental para a qualidade do cuidado, sendo necessário adquiri-la em um contexto onde profissionais e serviços compartilhem práticas, valores, atitudes e condutas que possibilitem substituir a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as próprias falhas, e assim, melhorar a segurança do paciente.¹²

Introdução

No entanto, admite-se que muitos tabus ainda permeiam aspectos relacionados à segurança dos pacientes, em especial no que se refere ao reconhecimento e notificações de erros pautados na cultura punitiva. De fato, os erros ou falhas no atendimento, foram vistos por muito tempo com desconfiança, por parte dos profissionais que temiam serem punidos, inclusive com a perda do vínculo empregatício, que por muitas vezes, realmente acontecia.^{12,13}

Na atualidade, entende-se que o erro é um processo que ocorre em cadeia, ou seja, não pode recair somente sobre um indivíduo. Muitas vezes, o próprio sistema oferece o risco para o erro, prejudicando o estabelecimento e o avanço de uma cultura de segurança.¹³

Nesse sentido, desponta a cultura justa, que se configura como um dos alicerces da cultura de segurança, ao identificar e abordar problemas no funcionamento dos serviços que levam o indivíduo a se envolver em comportamentos inseguros. Em síntese, uma cultura justa frente ao erro não se baseia no tipo de falha, mas no comportamento associado ao erro, onde busca-se diferenciar o erro humano, o comportamento de risco e o comportamento imprudente.¹³ De fato, a abordagem não punitiva é essencial na promoção da segurança do paciente.¹⁴

Acredita-se que uma cultura de segurança negativa, na qual predomina a cultura punitiva, focada em encontrar um culpado para os incidentes, contribuiu para sustentar uma cultura de segurança negativa, favorecendo um clima organizacional inseguro e mais propenso à ocorrência de eventos adversos.¹⁵

Admite-se que diversos fatores contribuem para fragilidades dos serviços de saúde, entre eles, o comportamento do profissional, em relação à adesão das boas práticas assistenciais e positiva cultura de segurança organizacional, que inclui valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão e o cuidado seguro.

Nesse sentido, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) construiu um instrumento para mensurar a cultura de segurança organizacional, denominado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* – HSOPSC, sendo composto por 12 dimensões relacionadas à segurança do paciente.¹⁶ Este instrumento tem sido amplamente utilizado em vários países para avaliar a cultura de segurança do paciente em ambientes hospitalares.¹⁷

No universo das instituições de saúde, a enfermagem representa a maior força de trabalho, onde discussões que a envolvem, podem promover mudanças

significativas nos ambientes de trabalho, incluindo aquelas relacionadas com a segurança do paciente.¹⁸

De fato, uma revisão integrativa realizada com o objetivo de identificar e descrever a atuação da equipe de enfermagem, no contexto da segurança do paciente, identificou ações importantes, como a implantação de protocolos, incentivo à comunicação, qualidade da assistência, métodos educacionais e identificação de risco e erro. Por fim, os autores ressaltaram sobre a importância da enfermagem na construção de uma assistência segura e de qualidade.¹⁹

Além disso, deve-se considerar que o processo reabilitador de pacientes com fissuras orofaciais e anomalias relacionadas, é longo e complexo, cuja assistência inicia-se no pré-natal, para crianças diagnosticadas neste período, estendendo-se até a vida adulta. Assim, o cuidado centrado na família é indispensável, uma vez que a mesma é primordial, principalmente durante os primeiros anos de vida, uma vez que a manutenção de cuidados seguros e de qualidade no domicílio é essencial para o sucesso do tratamento.²⁰⁻²²

Frente ao exposto, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: como a equipe de enfermagem atuante em um hospital terciário, referência no atendimento de pacientes com anomalias craniofaciais e síndromes relacionadas, percebe a cultura de segurança?

A avaliação da cultura de segurança permite realizar um diagnóstico situacional referente às dimensões que envolvem a segurança do paciente, por meio da identificação de áreas fortes e frágeis, favorecendo e subsidiando aos gestores, o planejamento de ações ou a formulação de intervenções adequadas para a realidade institucional.

Embora investigações sobre a cultura de segurança do paciente estejam disponíveis, evidencia-se uma lacuna de conhecimento em relação à percepção desta temática entre profissionais de enfermagem atuantes em hospitais terciários, em especial no público com anomalias craniofaciais e síndromes relacionadas.

2

Objetivo

Objetivo

2. OBJETIVO

Analisar a percepção da cultura de segurança do paciente segundo a equipe de enfermagem de um hospital público e terciário, especializado no atendimento de pacientes com anomalias craniofaciais e síndromes relacionadas.

3

Casuística e
método

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, norteado pela Diretriz *Reporting of Observational Studies in Epidemiology* - STROBE.²³

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo. Trata-se de um hospital público e terciário, referência no atendimento de pacientes com anomalias craniofaciais e síndromes relacionadas. Ainda, presta assistência na área de Saúde Auditiva. Localiza-se em Bauru, interior do estado de São Paulo, Brasil, e possui 91 leitos.

É mantido com recursos do Sistema Único de Saúde e da Universidade de São Paulo. O Departamento Hospitalar está organizado nas seguintes Unidades: Ambulatório, Unidade de Internação, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade Semi-intensiva, Centro Cirúrgico e Central de Materiais e Esterilização.

O NSP foi instituído no Hospital em 2015, sendo composto por profissionais de diferentes áreas, incluindo-se os da equipe de enfermagem. O sistema de notificações de eventos adversos é manual.

Crítérios de inclusão, exclusão e amostragem

A amostragem foi do tipo intencional e não probabilística, onde incluíram-se profissionais de enfermagem, compreendendo enfermeiros, técnicos e auxiliares, atuantes no hospital por um período superior a seis meses, independente da Unidade Hospitalar, os mantinham contato direto ou indireto com os pacientes, com carga de trabalho semanal mínima de 20 horas. Foram excluídos os profissionais de enfermagem que estavam ausentes no período da coleta de dados, independente do motivo, além daqueles cujos questionários tiveram menos de 50% das perguntas respondidas, ou que continham apenas respostas para o perfil socio laboral e/ou com a mesma resposta em todas as dimensões.

A equipe de enfermagem é composta por 99 profissionais, sendo 21 enfermeiros, 75 técnicos e 3 auxiliares de enfermagem. Durante o período da coleta de dados, 6 profissionais encontravam-se de licença saúde, 1 em afastamento por

tempo indeterminado, 10 não devolveram o instrumento de coleta de dados e 3 assinalaram a mesma alternativa para todos os questionamentos, sendo excluídos. Por fim, a amostra constou de 81 profissionais, representando 80% da equipe de enfermagem, em conformidade ao recomendado pela AHRQ, que estabelece amostra mínima de 50% da população-alvo para censos ≤ 500 indivíduos.²⁴

Coleta de dados

Inicialmente, os participantes foram convidados a aderir ao estudo, onde foi explicitado o objetivo e apresentado o instrumento de coleta de dados. Nesse momento, foi entregue e solicitado a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada durante o turno de trabalho, em horário pré-estabelecido pelas respectivas chefias, em ambiente privativo, individualmente, entre julho e setembro de 2020, por meio da aplicação de um questionário autoaplicável denominado HSOPSC, que foi validado e adaptado para a realidade hospitalar brasileira, apresentando parâmetros psicométricos adequados (Anexo A).^{16,25}

O HSOPSC possibilita avaliar a cultura de segurança em nível individual, por unidade/setor hospitalar, além da instituição como um todo. Sua utilização foi consentida por seus autores, e para sua aplicação foram consideradas as recomendações propostas pela AHRQ.^{13,24} O tempo médio para preenchimento do instrumento foi de 15 minutos.

Instrumento de coleta de dados

O HSOPSC é composto por 42 questões que são agrupadas em três variáveis: características profissionais do sujeito, variáveis da cultura de segurança e variáveis de resultado. Possui ainda, 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, que se encontram descritas no Quadro 1.¹⁶

Ademais, existe um item em que os sujeitos atribuem uma nota à segurança do paciente de sua instituição e outro no qual se relata o número de eventos adversos comunicados nos últimos 12 meses. Além destes, há outros oito itens voltados para a caracterização dos participantes.¹⁶

Casuística e método

Quadro 1 - Dimensões da cultura de segurança do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* – HSOPSC. Bauru, SP, 2020.

Dimensões da cultura de segurança
1. Trabalho em equipe dentro das unidades
2. Expectativas e ações sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente
3. Aprendizado organizacional – melhoria contínua
4. Apoio da gestão para a segurança do paciente
5. Percepção geral da segurança do paciente
7. Abertura da comunicação
8. Frequência de notificação de eventos
9. Trabalho em equipe entre as unidades
10. Adequação de profissionais
11. Passagem de plantão ou de turno/transferências
12. Respostas não punitivas aos erros

A maior parte dos itens é respondida em uma escala do tipo Likert, cuja pontuação contempla cinco graus, que variam de “discordo totalmente” (1) até “concordo fortemente” (5), e o grau “nenhum dos dois” (3) medeia essa escala. Outros itens são respondidos utilizando-se uma escala de frequência de cinco pontos: de “nunca” (1) até “sempre” (5).¹⁶

Forma e análise dos resultados

As respostas foram agrupadas em três categorias: respostas positivas (concordo totalmente, concordo, sempre e frequentemente), respostas neutras (não concordo e nem discordo), e respostas negativas (discordo totalmente, discordo, nunca e raramente). Com o intuito de garantir respostas mais consistentes, o instrumento é composto por 18 questões reversas, ou seja, nestes casos quando o participante discorda do item formulado negativamente, estará expressando sua opinião de forma positiva.¹⁶

De acordo com a AHRQ, a cultura de segurança do paciente foi classificada em áreas fortes, neutras e frágeis, onde as dimensões com respostas positivas superiores a 75% foram consideradas fortes, enquanto as dimensões que obtiverem valores iguais ou inferiores a 50%, foram classificadas como áreas frágeis.²⁴

Para avaliar a confiabilidade das respostas dos itens e dimensões do HSOPSC no presente estudo, realizou-se a análise da consistência interna por meio do Coeficiente Alpha de Cronbach. Os resultados variam de 0 a 1, onde, quanto mais próximo do número 1, maior é a confiabilidade. Resultados abaixo de 0,7 indicam que o questionário não mensura os fatores aos quais se propõe.²⁶

Os dados foram tabulados e analisados utilizando o programa IBM *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS)®, versão 21.0 para o Windows. Para avaliar a associação entre a área de atuação, categoria profissional, notificação de eventos adversos e a nota dada à segurança do paciente, às diferentes áreas referentes à segurança do paciente (forte, neutra e frágil), utilizou-se o Teste Qui-quadrado. Na associação entre o tempo de atuação e a idade, as diferentes áreas referentes à segurança do paciente (forte, neutra e frágil), utilizou-se o Teste ANOVA.

Para verificar a significância estatística, aplicou-se a análise dos resíduos ajustados, onde, se o valor absoluto for maior que 1,96, pode-se dizer que há evidências de uma associação estatisticamente significativa entre as categorias.²⁷ O nível de significância adotado para todos os testes foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Aspectos éticos

A pesquisa se iniciou após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Instituição, por meio do parecer: 4.133.326, de julho de 2020 e CAAE: 31762620.4.0000.5441 (Anexo B).

Todos os participantes formalizaram sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde

4

Resultados

Resultados

4. RESULTADOS

Dos 99 profissionais que faziam parte do Serviço de Enfermagem, 82% (n=81) aderiram a pesquisa, com prevalência dos Técnicos de enfermagem (n=60; 74%) seguido dos Enfermeiros (n=19; 24%), dos quais 91% (n=74) eram assistenciais. Houve predomínio do sexo feminino (n=75; 92%), e a média de idade foi de 47,6 anos (DP=9,4), sendo a mínima de 29 e a máxima de 65 anos. Em referência à carga de trabalho, todos cumpriam 36 horas semanais. Quanto ao tempo de atuação na instituição, prevaleceram os com mais de 21 anos (n=32; 39,51%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo as variáveis: sexo, status de contato com o paciente, grau de instrução, cargo/função e tempo de trabalho no hospital. Bauru, SP, Brasil, 2020.

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	75	92,59%
Masculino	6	7,41%
Status de contato com o paciente		
Contato direto	74	91,36%
Contato indireto	7	8,64%
Categoria profissional		
Auxiliar de enfermagem	2	2,47%
Técnico de enfermagem	60	74,07%
Enfermeiro	19	23,46%
Tempo de atuação na instituição		
Menos de 1 ano	3	3,7%
1 a 5 anos	14	17,3%
6 a 10 anos	27	33,3%
11 a 15 anos	12	14,8%
16 a 20 anos	9	11,1%
21 ou mais	16	19,8%

O Alpha de Cronbach neste estudo foi de 0,82, e o percentual médio geral de respostas positivas referentes às dimensões da cultura de segurança do paciente, foi de 69.28%.

As dimensões da cultura de segurança do paciente, consideradas como áreas fortes, incluíram: expectativas e ações sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente (83,95%), trabalho em equipe dentro das

Resultados

unidades (80,86%), “apoio da gestão para a segurança do paciente (79,01%) e aprendizado organizacional (76,95%) (Tabelas 2 e 3).

Os fatores prevalentes em cada dimensão, respectivamente, foram: o meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente (95,06%), quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente e nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito (ambas com 87,65), a direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente (83,95%) e estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente (88,89%) (Tabela 2).

Em contrapartida, a dimensão respostas não punitivas aos erros, foi considerada como área frágil referente à segurança do paciente, com percentual de resposta de 42,39%, e o fator prevalente se relacionou a quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema (33,33%) (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2 - Percentuais de respostas às dimensões da cultura de segurança do Hospital Survey on Patient Safety Culture. Bauru, SP, Brasil, 2020. (Continua)

Dimensões da cultura de segurança com seus respectivos itens	Respostas (%)
1. Trabalho em equipe dentro das unidades	80,86
A1. Nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras	81,48
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	87,65
A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	87,65
A11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam.	66,67
2. Expectativas e ações sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	83,95
B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	61,73
B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.	95,06
B3R. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique pular etapas.	88,89

Resultados

Tabela 2 - Percentuais de respostas às dimensões da cultura de segurança do Hospital Survey on Patient Safety Culture. Bauru, SP, Brasil, 2020. (Continuação)

B4R. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	90,12
3. Aprendizado organizacional	76,95
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	88,89
A9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui.	67,90
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	74,07
4. Apoio da gestão para a segurança do paciente	79,01
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	83,95
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal.	80,25
F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	72,84
5. Percepção geral de segurança do paciente	64,20
A10R. É apenas por acaso que erros mais graves não acontecem por aqui.	64,20
A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	53,09
A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	66,67
A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	72,84
6. Retroalimentação da informação e comunicação sobre erro	62,96
C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos.	51,85
C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nessa unidade.	61,73
C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente.	75,31
7. Abertura da comunicação	66,26
C2. Os profissionais têm liberdade para dizer, ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	88,89
C4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício), sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores.	56,79
C6R. Os profissionais têm receio de perguntar quando algo parece não estar certo.	53,09

Resultados

Tabela 2 - Percentuais de respostas às dimensões da cultura de segurança do Hospital Survey on Patient Safety Culture. Bauru, SP, Brasil, 2020. (Conclusão)

8. Frequência de notificação de eventos	67,08
D1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?	62,96
D2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	61,73
D3. Quando ocorre um erro que poderia causar dano ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	76,54
9. Trabalho em equipe entre as unidades	68,83
Tabela 2. Percentuais de respostas às dimensões da cultura de segurança do Hospital Survey on Patient Safety Culture. Bauru, SP, Brasil, 2020. (Conclusão)	
F2R. As unidades do hospital não são bem coordenadas entre si.	53,09
F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	65,43
F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.	72,84
F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.	83,95
10. Adequação de profissionais	66,05
A2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	75,31
A5R. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria melhor para o cuidado do paciente.	58,02
A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.	83,95
A14R. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido.	46,91
11. Passagem de plantão ou de turno/transferências	72,84
F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	65,43
F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.	74,07
F7R. Com frequência, ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	62,96
F11R. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	88,89
12. Respostas não punitivas aos erros	42,39
A8R. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.	40,74
A12R. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	33,33
A16R. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.	53,09

Resultados

A Tabela 3 apresenta a classificação das dimensões referentes à avaliação da cultura de segurança do paciente.

Tabela 3 - Classificação das dimensões referentes à avaliação da cultura de segurança do paciente. Bauru, SP, Brasil, 2020.

Dimensões da cultura de segurança	Respostas (%)	Classificação por área
1. Trabalho em equipe dentro das unidades	80,86	Área forte
2. Expectativas e ações sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	83,95	Área forte
3. Aprendizado organizacional – melhoria contínua	76,95	Área forte
4. Apoio da gestão para a segurança do paciente	79,01	Área forte
5. Percepção geral da segurança do paciente	64,20	Área neutra
6. Retroalimentação da informação e comunicação sobre erro	62,96	Área neutra
7. Abertura da comunicação	66,26	Área neutra
8. Frequência de notificação de eventos	67,08	Área neutra
9. Trabalho em equipe entre as unidades	68,83	Área neutra
10. Adequação de profissionais	66,05	Área neutra
11. Passagem de plantão ou de turno/transferências	72,84	Área neutra
12. Respostas não punitivas aos erros	42,39	Área frágil

Em referência à nota de segurança do paciente, segundo a equipe de enfermagem, 63% (n=51) foi avaliada como muito boa (Figura 1).

Figura 1 - Nota referente à segurança do paciente, segundo a equipe de enfermagem. Bauru, SP, Brasil. 2020.

Resultados

Quanto ao número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses, 70% (n=57), dos participantes, informaram não terem realizado notificações. Dentre os que notificaram, 14% (n=11), efetuaram de 1 a 2 notificações (Figura 2).

Figura 2 - Eventos notificados por profissionais de enfermagem, nos últimos 12 meses. Bauru, SP, Brasil. 2020.

Evidenciou-se uma diferença estatística significativa ao se associar a percepção da segurança do paciente (em áreas), à categoria profissional ($p=0,006$) e a nota dada a segurança do paciente ($p<0,001$) (Tabela 4).

A análise de resíduos mostrou que a pontuação frágil referente a segurança do paciente foi significativamente menor entre os técnicos de enfermagem, ou seja, estes profissionais apresentavam percepção melhorada referente a segurança do paciente, em comparação aos enfermeiros (Figura 3).

Entre os profissionais de enfermagem que classificaram a nota referente a segurança do paciente na instituição como excelente, a percepção da segurança como frágil não foi pontuada. Ainda, entre aqueles que classificaram a nota referente a segurança do paciente na instituição como regular, prevaleceu a percepção da segurança como frágil. Esses achados refletem a coerência entre a percepção da equipe de enfermagem referente a segurança do paciente e a nota pontuada por eles quanto a segurança do paciente institucional (Figura 4).

Resultados

Tabela 4 – Associação entre a percepção da segurança do paciente com as variáveis: área de atuação, categoria profissional, notificações de eventos adversos e nota dada à segurança do paciente. Bauru, SP, Brasil, 2020.

	Variáveis	Área forte	Área neutra	Área fraca	Valor de p
Área de atuação	Cirúrgica	12	19	2	0,274
	Clínica	19	21	8	
Categoria profissional	Enfermeiro	8	5	6	0,006*
	Técnico	23	35	8	
Notificação de eventos adversos	Nenhuma	22	28	7	0,802
	1 a 2	5	4	2	
	Mais que 2	4	8	1	
Nota dada a segurança do paciente	Excelente	11	11	0	<0,001*
	Muito boa	20	26	5	
	Regular	0	3	5	

Teste Qui-quadrado. *Nível de significância adotado de 5% ($p \leq 0,05$).

Figura 3 - Análise de resíduos referente a associação entre a percepção da segurança do paciente (em áreas) e a categoria profissional. Bauru, SP, Brasil, 2020.

Resultados

Figura 4 - Análise de resíduos referente a associação entre a percepção da segurança do paciente (em áreas) e a nota dada pelos profissionais para a segurança do paciente na instituição. Bauru, SP, Brasil, 2020.

Ao se associar as áreas da segurança do paciente com as variáveis: tempo de atuação e idade dos participantes, não se observou diferenças estatísticas significantes (Tabela 5).

Tabela 5 - Associação entre as áreas da segurança do paciente com as variáveis: tempo de atuação e idade dos participantes. Bauru, SP, Brasil, 2020.

Variáveis	Áreas da segurança do paciente	N	Média	Desvio padrão	Valor de p
Tempo de atuação	Forte	31	23,2	8,6	0,679
	Neutra	40	22,4	8,2	
	Frágil	10	20,5	9,0	
Idade	Forte	31	49,5	7,9	0,194
	Neutra	40	47,3	9,3	
	Frágil	10	43,7	10,5	

Teste ANOVA. Nível de significância adotado de 5% ($p \leq 0,05$).

5

Discussão

5. DISCUSSÃO

Identificar preditores sobre a segurança do paciente, incluindo a cultura de segurança institucional, configura-se como importante ferramenta gerencial, uma vez que permite diagnosticar, planejar e executar ações, norteadas pelas dimensões que necessitam ser aprimoradas.²⁸

Na verdade, esforços devem ser direcionados ao estabelecimento da segurança enquanto processo cultural, e não apenas por ações pontuais e isoladas.²⁹ Em suma, a realização deste estudo vem de encontro a uma necessidade: a de avaliar a percepção da cultura de segurança institucional.

Dentre os participantes deste estudo, prevaleceram os profissionais com atuação assistencial, sexo feminino, técnicos de enfermagem, com média de idade de 47,6 anos, atuantes na atuação na instituição por mais de 21 anos. Todos cumpriam carga horária de 36 horas semanais.

Esses achados refletem o perfil de profissionais de enfermagem de serviços públicos, cuja estabilidade se reflete em maior faixa etária e maior tempo de atuação.³⁰ Nesse sentido, há pontos favoráveis e desfavoráveis referentes a cultura de segurança do paciente, como o maior conhecimento sobre as condições de seu trabalho e dificuldades ou resistência a mudanças.

No presente estudo, o percentual geral de respostas positivas referentes as dimensões da cultura de segurança do paciente, foi de 69.28%, ou seja, regular. Este resultado reflete que a cultura de segurança não está totalmente implementada, além da complexidade que envolve essa temática.

De fato, as dificuldades na implementação de políticas de segurança, pesquisa e desenvolvimento, revelaram que essa questão é mais complexa do que inicialmente percebida, além de pertinente a todos os ambientes de saúde, conforme evidenciado em uma revisão sistemática que mostrou predomínio de culturas organizacionais hospitalares referentes a segurança do paciente, pouco desenvolvidas ou enfraquecidas.^{31,32} Resultados similares foram observados em outras investigações, de âmbito nacional (48,9%) e internacional (60,5%).^{33,34}

No entanto, das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente que compõem o HSOPSC, 4 foram consideradas como áreas fortes, sendo elas: expectativas e ações sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança

do paciente, trabalho em equipe dentro das unidades, apoio da gestão para a segurança do paciente e aprendizado organizacional.

Estes resultados foram bem superiores ao encontrado em outros estudos nacionais, dentre eles, o que buscou avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem atuante em diferentes maternidades, em instituições hospitalares que atendem pacientes de alta complexidade, em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais e centro cirúrgico, onde nenhuma área de força foi evidenciada.^{33,35-38}

Diferentemente, as dimensões de aprendizado organizacional e melhoria contínua foram consideradas áreas fortes em uma investigação que incluiu a equipe de enfermagem de um hospital acreditado.³⁹ Outra investigação apontou que a dimensão pontuada como forte referiu-se ao o aprendizado organizacional e melhoria contínua.³³

De maneira geral, as dimensões da cultura de segurança mais fortalecidas incluem o trabalho em equipe dentro das unidades e a aprendizagem organizacional com melhoria contínua, conforme evidenciado em uma revisão sistemática, apontando que as dificuldades de implementação dessa cultura não se limitam a nossa realidade.³²

Ressalta-se ainda, que entre unidades da mesma instituição, a percepção da segurança do paciente pode apresentar diferenças significantes. Assim, as avaliações permitem que os gestores identifiquem essas diferenças, servindo de alerta e aperfeiçoando os serviços.⁴⁰

Corroborando aos resultados deste estudo, uma pesquisa que incluiu 41 profissionais, entre membros da equipe de enfermagem e médicos atuantes em um Centro Obstétrico brasileiro, identificou que a ação de supervisores/chefes foi considerada uma área forte.¹⁴ De fato, a ação de supervisores/chefes, assim como a satisfação no trabalho, influencia diretamente a cultura de segurança do paciente.⁴¹

Em contrapartida, a existência de discrepâncias entre as expectativas dos cuidadores quanto a seus gerentes, bem como das percepções gerenciais dessas expectativas são apontadas como importantes barreiras na efetivação da segurança do paciente.⁴²

Em outra investigação, realizada com profissionais da atenção domiciliar, o trabalho em equipe e a satisfação no trabalho foram pontuados como positivos,

enquanto as ações gerenciais, foram identificadas como principais fragilidades da cultura de segurança.⁴³

Internacionalmente, investigação realizada no Irã mostrou que entre hospitais públicos destacou-se como pontos fortes da cultura de segurança do paciente a resposta não punitiva a erros, aprendizagem organizacional - melhoria contínua e percepções gerais de segurança do paciente, enquanto em hospitais privados prevaleceram as respostas não punitivas a erros, aprendizagem organizacional e melhoria contínua e trabalho em equipe dentro das unidades.⁴⁴

Em investigação realizada no Kuwait, as áreas de força incluíram o trabalho em equipe, aprendizado organizacional - melhoria contínua, suporte gerencial para a segurança do paciente, expectativas e ações do supervisor/gerente promovendo a segurança do paciente, *feedback* e comunicação sobre erros.³⁴

Na China, somente a dimensão trabalho em equipe entre as unidades foi superior a 75,0%⁴⁵, enquanto estudo realizado na Arábia Saudita, mostrou que apenas o trabalho em equipe dentro das unidades e a aprendizagem organizacional - melhoria contínua, foram classificados como áreas fortes.⁴⁶

Infere-se que a percepção melhorada referente a segurança do paciente, na instituição cenário desta pesquisa, se relacione a implementação do NSP, assim como de suas ações na disseminação do conhecimento nessa temática. De fato, cabe a eles desenvolver estratégias para cultura não punitiva, notificação dos eventos, prevenção de eventos sentinela, para principais atividades do núcleo, gestão de risco e capacitação dos profissionais.⁴⁷

Contraditoriamente, a dimensão respostas não punitivas aos erros foi considerada como área frágil, com percentual de resposta de 42,39%. Resultados similares foram evidenciados em estudos nacionais, cujos cenários incluíram Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, hospital de referência em cardiopneumologia, três instituições hospitalares de alta complexidade e um hospital acreditado.^{36,38,39,48}

Contudo, na percepção da equipe de enfermagem atuante em um centro cirúrgico, a dimensão da cultura de segurança com resultados menos positivos foram abertura para comunicação seguida do *feedback* e comunicação sobre erros.³³

No cenário internacional, estudo realizado na China identificou cinco áreas enfraquecidas, dentre elas a resposta não punitiva ao erro, enquanto outro,

desenvolvido na Croácia, destacou as respostas não punitivas aos erros como dimensão com pior pontuação.^{45,49} Investigação realizada na Arábia Saudita mostrou que seis áreas de segurança do paciente foram identificadas como pontos fracos, com destaque para resposta não punitiva a erros.⁴⁶ Em contraposição, em uma pesquisa realizada na Noruega a resposta não punitiva ao erro foi classificada como área fortalecida.⁵⁰

Revisão sistemática com meta-análise, que incluiu estudos de todo o mundo, a dimensão resposta não punitiva ao erro foi a que obteve menor pontuação, ou seja, a mais fragilizada.¹⁷ Outra revisão sistemática identificou que as dimensões enfraquecidas se referiram a resposta não punitiva ao erro, equipe, transferências e transições e trabalho em equipe entre as unidades.³²

Em suma, a cultura da culpabilidade é apontada como a principal fraqueza referente a cultura de segurança do paciente. Nesse sentido, incentivar o relato de eventos e aprender com os erros, devem ser prioridades nos ambientes hospitalares.¹⁷ Destarte, a abordagem não punitiva é essencial, estando algumas situações associadas a percepção negativa referente a segurança do paciente, como o tempo de experiência e a intenção de deixar o emprego.^{14,51}

No entanto, alguns autores chamam a atenção ao fato da prevalência da resposta não punitiva ao erro enquanto dimensão mais frágil da cultura de segurança do paciente poder refletir a cultura de culpabilidade nas instituições hospitalares, mas também como um problema de abrangência, uma vez que este domínio possui apenas questões negativas, o que induz mal-entendidos e menor confiabilidade, pois dimensões com pontuações mais baixas podem refletir o texto, e não a limitação da cultura de segurança propriamente dita.^{52,53}

Ressalta-se, contudo, que o Alpha de Cronbach neste estudo foi de 0,82, apontando boa consistência interna, corroborando ao encontrado em outra investigação similar (0,84), demonstrando confiabilidade ao que se pretende avaliar.³⁶

Em resumo, para melhorar os processos de cuidado nas instituições hospitalares, assim como a cultura organizacional, faz-se necessário fomentar a interdisciplinaridade, além de prover modelos gerenciais que proporcionem uma gestão mais participativa.⁵⁴ Ademais, deve considerar os preceitos do Programa Nacional de Segurança do Paciente, o qual estabelece a construção progressiva da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, a partir da identificação e notificação de incidentes

Referente a nota de segurança do paciente segundo a equipe de enfermagem, 63% a avaliaram como muito boa e 27% como excelente, ou seja, 90% dos profissionais participantes pontuaram positivamente. Resultados inferiores foram evidenciados em investigações realizadas no Brasil, onde 51% e 77,8% dos profissionais aferiram conceitos positivos, e também em um estudo internacional (75%).^{39,55,56}

Acredita-se que nossos resultados se relacionem a interação entre gerentes e profissionais assistenciais, conforme evidenciado nas pontuações referentes a segurança do paciente, que foram expressivas nas dimensões que retratavam essa parceria. De fato, deficiências administrativas e falta de gestão, entre outros, influenciam negativamente na avaliação da cultura de segurança.⁵⁷

Contrariando nossos achados, uma investigação realizada na China, apenas 29% dos profissionais classificou a segurança do paciente como excelente ou muito boa.⁴⁵ Outro estudo realizado na Coreia do Sul mostrou que a pior percepção sobre a segurança do paciente ocorreu entre profissionais com excesso de carga de trabalho e insatisfeitos.⁵⁸ Pesquisa finlandesa demonstrou associação entre o aumento da carga de trabalho à incidentes de segurança do paciente e mortalidade.⁵⁹

Clareza no apoio da liderança, inovação na melhoria de processos, bem como gestão de desempenho e responsabilidade são os componentes fundamentais de uma forte cultura de segurança. O alinhamento de todas as partes interessadas e a melhoria contínua apoiada pela liderança, garantirão os melhores resultados.⁶⁰

Quanto ao número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses, 70% dos participantes referiram não terem realizado. Resultados divergentes foram evidenciados em estudo nacionais (51,4% e 53%).^{39,55} No cenário internacional, em um estudo realizado na China, o percentual foi de 61%.⁵⁵ Num estudo realizado na Turquia, observou-se 80,4%, portanto, superior ao encontrado neste estudo.⁵⁶

Uma recente investigação realizada no hospital, cenário da presente pesquisa, buscou identificar os eventos adversos no pós-operatório imediato de queiloplastia e/ou palatoplastia em crianças, e comparar os eventos identificados aos notificados ao NSP, e apontou, entre outros, que a subnotificação foi expressiva, configurando-se como um grande desafio a ser superado por toda a equipe de saúde.⁶¹

Evidenciou-se ainda, que, entre os profissionais os quais notificaram os eventos adversos, 14% efetuaram de 1 a 2 notificações. As notificações espontâneas se

configuram como importante fonte de informações e evidenciam a magnitude do problema relacionado aos incidentes em saúde.⁶²

Destaca-se que a notificação de eventos adversos se torna rotineira quando os profissionais vislumbram na prática seus benefícios, que consistem em contribuir para gerar mudanças positivas na prática assistencial. Em compensação, a inexistência de ações corretivas e preventivas contribui para a subnotificação, que por sua vez, dificulta diagnosticar problemas relacionados à segurança do paciente.⁶³ No cenário brasileiro, a incidência de eventos adversos em pacientes internados é de 12,8%, e destes, 42,7% são evitáveis.⁶⁴

Para a melhoria da segurança nos cuidados de saúde, o reconhecimento dos erros é estratégico e indispensável, e um clima organizacional acolhedor, fundamentado na cultura justa, com ações apropriadas e embasadas cientificamente, minimiza tanto a ocorrência, como as consequências danosas.

No entanto, o ato de reconhecer os incidentes não deve ser banalizado, e sim favorecer a compreensão da complexidade do sistema de saúde, incluindo todo o processo de cuidar, em que os erros, embora passíveis de acontecerem, devem ser minimizados e evitados ao máximo.⁶⁵

Um estudo realizado em Portugal, com o objetivo de identificar limitações sentidas pelos profissionais de saúde à notificação de eventos adversos, relacionou-se à falta de cultura de segurança, conhecimento insuficiente sobre o sistema de notificação, sobrecarga física e emocional e desconhecimento da resolução dos motivos que levaram à ocorrência do erro.⁶⁶

Outros motivos de subnotificação de incidentes, incluem o medo ou receio em notificar, notificação apenas de eventos graves, falta de conhecimento sobre o tema ou referente ao sistema de notificação, além de centralização da notificação no profissional enfermeiro.⁶⁷

Em resumo, a implementação de uma cultura positiva contribui para um sistema resiliente, onde profissionais, usuários e gestores se mobilizem para o alcance das mesmas metas, que incluem um ambiente seguro a todos.¹⁵ Portanto, tornam-se necessárias avaliações prospectivas referentes à cultura de segurança do paciente, além de desenvolver programas de treinamento para todos os profissionais, readequar o quantitativo de funcionários nas diferentes áreas assistenciais, fornecer suporte de gestão e estabelecer uma cultura justa.⁶⁸

Os técnicos de enfermagem apresentaram melhor percepção referente à segurança do paciente, em comparação aos enfermeiros. De fato, podem ocorrer diferenças de percepção sobre a cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais.³⁹

Contrariando nossos achados, em diferentes investigações, os enfermeiros apresentaram pontuações significativamente maiores, em referência à percepção da segurança do paciente.^{33,69}

Infere-se que o maior envolvimento dos enfermeiros em relação à segurança do paciente, que incluiu o aprofundamento científico sobre essa temática, se reflita em maiores exigências quanto a perceber ou evidenciar um clima favorável à qualidade assistencial e livre de erros. Talvez, por essa razão, a percepção por parte desses profissionais seja inferior, uma vez que estabelecem como metas ou padrões, parâmetros de altos níveis.

Entre os profissionais de enfermagem que classificaram a nota referente à segurança do paciente institucional como excelente, a percepção da segurança, como frágil, não foi pontuada. Ainda, entre aqueles que classificaram a nota referente à segurança do paciente na instituição, como regular, prevaleceu a percepção da segurança, como frágil.

Esses achados refletem a coerência entre a percepção da equipe de enfermagem referente à segurança do paciente e a nota pontuada por eles, quanto à segurança do paciente institucional, em especial ao se considerar as intersecções psicológicas entre percepção, atitude e comportamento.⁷⁰

Por fim, o fato de, no presente estudo, ter incluído apenas profissionais de enfermagem, configura-se como uma limitação, uma vez que a cultura de segurança não se limita apenas a esta categoria, embora a mesma represente o maior quantitativo na equipe de saúde, além de prestar essencialmente cuidados diretos aos pacientes e familiares, ininterruptamente. Assim, são encorajados estudos que incluam as diferentes categorias profissionais atuantes nas instituições hospitalares.

No entanto, os benefícios desta investigação são evidentes, e incluem um diagnóstico situacional detalhado referente às áreas da segurança do paciente que necessitam ser aprimoradas, a partir disso, será possível planejar e implementar ações voltadas para a realidade institucional, como protocolos assistenciais e programas de educação permanente. Essas informações serão úteis tanto para os gestores, como para nortear as ações do NSP.

6

Conclusão

6. CONCLUSÃO

O percentual geral de respostas positivas referentes às dimensões da cultura de segurança do paciente, foi regular. No entanto, das 12 dimensões avaliadas, 4 foram consideradas como áreas fortes, e somente uma, respostas não punitivas aos erros, como fragilizada. Tanto a identificação quanto a notificação de eventos adversos, demonstraram estar aquém do ideal. Os técnicos de enfermagem apresentaram melhor percepção referente à segurança do paciente, e, em geral, quanto maior a nota dada à segurança do paciente, maior foi, efetivamente, a percepção mensurada por meio do HSOPSC.

Os achados apontam a necessidade de fortalecer e estimular a notificação de eventos adversos, além de substituir a cultura tradicional e punitiva pela justa, proporcionando um ambiente de trabalho que valorize e estimule a segurança do paciente.

Ainda, considerando a existência de áreas a serem fortalecidas, referentes à segurança do paciente, deve-se fomentar ambientes de discussão e aprendizagem, que envolvam tanto os gestores quanto os profissionais, visando aprofundar a reflexão acerca da segurança do paciente, bem como das particularidades que envolvem a assistência aos pacientes com anomalias craniofaciais e síndromes relacionadas.

7

Referências

REFERÊNCIAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MC, editors; Institute of Medicine. To Err Human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 1999.
2. World Health Organization. Patient safety: global action on patient safety. Report by the Director-General. Geneva: World Health Organization; 2018. [Apr 10 2021]. [Internet] Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327526>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Relatório de Eventos Adversos período de março de 2014 a janeiro de 2018 [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 10]. Available from: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>
4. World Health Organization. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1. Informe técnico definitivo [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2021 Apr 10]. Available from: https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
5. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research [Internet]. Switzerland: 2008 [cited 2021 Apr 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43874/1/9789241596541_eng.pdf?ua=1
6. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim de segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde nº 15: incidentes relacionados à assistência à saúde. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2017. [cited 2021 Apr 10]. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Boletim+Seguran%C3%A7a>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. 2013 [cited 2021 Apr 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
8. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med. 2018;178(10):1317-30.
9. Quenon JL, Vacher A, Faget M, Levif-Lecourt M, Roberts T, Fucks I, et al. Exploring the role of managers in the development of a safety culture in seven French healthcare facilities: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):517. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05331-1>
10. Eliot TS. Notas para a definição de cultura. Trad. Wolf E. Ed. Realizações, São Paulo, 2011.

11. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in healthcare. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2006 [cited 2021 Mar 17];15(2):109-15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464831/pdf/109.pdf> https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/nhs.12091?casa_token=V9FfbMJOPhoAAAA:ou6on8T6Lsvt1AAjEYMqSaPteLFIQ9o02KGD3BGkQ55ZuKxWPHExp5tU1riHXPMB9ftkLaL5Sytt0K
12. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJ, Predebon CM, Sanches MO, Pedro EN. Education for culture of patient safety: implications to professional training. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 17];20(3):e20160068. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/en_1414-8145-ean-20-03-20160068.pdf
13. Famalaro T, Yount ND, Burns WBMA, Flashner EMHA, Liu H, Sorra J. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2016: user comparative database report. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016.
14. Kolankiewicz ACB, Schmidt CR, Carvalho REFL, Spies J, Dal Pai S, Lorenzini E. Patient safety culture from the perspective of all the workers of a general hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20190177. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190177>
15. Carvalho PA, Gottems LBD, Motta LACR, Laundos CAS, Juliano JVS. Assessment of safety culture in a public hospital in the Federal District, Brazil. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019;72(Suppl 1):252-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0716>
16. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication [Internet]. 2004 [cited 2021 Mar 17]; (3):16-22. Available from: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>
17. Okuyama JHH, Galvao TF, Silva MT. Healthcare professional's perception of patient safety measured by the hospital survey on patient safety culture: a systematic review and meta-analysis. *Sci World J*. 2018;9156301. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2018/9156301>
18. Tereanu C, Sampietro G, Sarnataro F, Siscanu D, Palaria R, Savin V, et al. Survey on patient safety culture in the Republic of Moldova: a baseline study in three healthcare settings. *Clujul Medical*. 2018;91(1):65-74. doi: <https://doi.org/10.15386/cjmed-869>
19. Miranda AP, Carvalho AKO, Lopes AAS, Oliveira VRC, Carvalho PMG, Carvalho HEF. Contribuição da enfermagem à segurança do paciente: revisão integrativa. *SANARE (Sobral)* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 17]; 16(1):109-17. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1101>
20. Freitas JA, Neves LT, Almeida AL, Garib DG, Trindade-Suedam IK, Yaedú RY, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC/USP) - Part 1: overall aspects. *J Appl Oral Sci*. 2012;20(1):9-15. doi: <https://doi.org/10.1590/S1678-77572012000100003>

21. Banhara FL, Farinha FT, Bom CG, Razera APR, Tabaquim MLM, Trettene AS. Parental care for infants with feeding tube: psychosocial repercussions. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2):e20180360. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0360>
22. Mondini CCSD, Fontes CMB, Trettene AS, Cianciarullo TI, Lazarini IM. Applicability of Orem: training of caregiver of infant with Robin Sequence. *Rev Bras Enferm.* 2018;71:1469-73. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0562>
23. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Rev Saúde Pública* 2010;44(3):559-65. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
24. Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. AHRQ hospital survey on patient safety culture: user's guide. Rockville, MD: AHRQ; 2016 [cited 2021 Apr 10]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
25. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 10];32(11):e00115614. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n11/1678-4464-csp-32-11-e00115614.pdf>
26. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika.* 1951;13(3). doi: <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
27. Osborn CE. Chi-Square. In: Osborn CE, editor. *Statistical applications for health information management*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2006. p. 254-8.
28. Castilho DEC, Silva AEBC, Gimenes FRE, Nunes RLS, Pires ACAC, Bernardes CA. Factors related to the patient safety climate in an emergency hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2020;28:e3273. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3353.3273>.
29. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. Nursing actions for patient safety in hospitals: integrative review. *Rev Enferm UFPE online.* 2017;11(2):1016-1024. doi: <https://doi.org/10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102sup201718>
30. Trettene AS, Razera APR, Beluci ML, Prado PC, Mondini CCSD, Spiri WC. Absenteeism and the Technical Safety Index of a tertiary hospital nursing team. *Rev Esc Enferm USP.* 2020;54:e03585. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018036003585>
31. Lark ME, Kirkpatrick K, Chung KC. Patient Safety Movement: History and Future Directions. *J Hand Surg Am.* 2018 Feb;43(2):174-178. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.11.006>

32. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of hospital survey on patient safety culture dimensions. *Int J Qual Health Care*. 2018;30(9):660-77. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
33. Abreu IM, Rocha RC, Avelino FVSD, Guimarães DBO, Nogueira LT, Madeira MZA. Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp):e20180198. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>
34. Hayfaa A, Ibrahim SZ, Mudaf BA, Fadalah TA, Jamal D, El-jardari F. Baseline assessment of patient safety culture in public hospitals in Kuwait. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):158. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2960-x>
35. Silva PL, Gouveia MTO, Magalhães RLB, Borges BVS, Guimarães TMM. Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública. *Enfermería Global*. 2020.19;427-62.
36. Sanchis DZ, Haddad MCFL, Girotto E, Silva AMR. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Rev Bras Enferm*. 2020, 73(5):e20190174
37. Carmo JMA, Mendoza IYQ, Goveia VR, Souza KV, Manzo BF, Guimarães GL. Culture of patient safety in hospital units of gynecology and obstetrics: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190576. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0576>
38. Notaro KAM, Manzo BF, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3167. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2849-3167>.
39. Melo E, Balsanelli AP, Neves VR, Bohomol E. Patient safety culture according to nursing professionals of an accredited hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20190288. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190288>
40. Fassarella CS, Silva LD, Camerini FG, Figueiredo MCA. Nurse safety culture in the services of a university hospital. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):767-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0376>
41. Knihs NS, Cabral AS, Magalhães ALP, Barra DCC, Lanzoni GMM, Silva OM. Assessment of safety culture in organ donation. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(2):e20180514. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0514>
42. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018;178(10):1317–30.

43. Oliveira PC, Santos OP, Villela EFM, Barros PS. Patient safety culture in home care service. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03586. doi: https://doi.org/10.1590/S1980_220X2018040703586
44. Khoshakhlagh AH, Khatooni E, Akbarzadeh I, Yazdanirad S, Sheidaei A. Analysis of affecting factors on patient safety culture in public and private hospitals in Iran. *BMC Health Serv Res*. 2019 Dec 30;19(1):1009. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4863-x>
45. Zhao X, Liu W, Wang Y, Zhang L. Survey and analysis of patient safety culture in a county hospital. *Fam Med Community Health*. 2017;5(4):299-310. doi: <https://doi.org/10.15212/FMCH.2017.0137>
46. Nahed A, Cruz JP, Almoghairi AM, Al-otaibi RS, Almutairi KO, Alicante JG, Colet PC. Nurses' perceptions of patient: Safety Culture in Three Hospitals in Saudi Arabia. *J Nurs Scholarsh*. 2018;50(4):422-31. doi: <https://doi.org/10.1111/jnu.1239>
47. Macedo RS, Bohomol E. Organizational structure analysis of the Patient Safety Center in hospitals of the Sentinel Network. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp):e20180264. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180264>.
48. Ribeiro AC, Nogueira PC, Tronchin DMR, Rossato V, Serpa LF. Patient safety culture: perception of nurses in a cardiopneumology reference center. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20180118. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0118>
49. Brborovic H, Brborovic O, Brumen V, Pavlekovic G, Mustajbegovic J. Are nurse presenteeism and patient safety culture associated: a cross-sectional study. *Arh Hig Rada Toksikol*. 2014;65(2):149-56. doi: <https://doi.org/10.2478/10004-1254-65-2014-2462>
50. Ballangrud R., Hedelin B., Hall-Lord M. L. Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: a cross-sectional study. *Intensive Critical Care Nursing*. 2012;28(6):344–354. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.01.001>
51. Dorigan GH, Mingato DMF, Guirardello EB. Nursing safety attitudes: relationship with time of experience and intention to leave the job. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020. 41:e20190274.
52. Blegen M. A., Gearhart S., O'Brien R., Sehgal N. L., Alldredge B. K. AHRQ's hospital survey on patient safety culture: Psychometric analyses. *J Patient Safety*. 2009;5(3):139–144. doi: <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3181b53f6e>
53. Schriesheim C. A., Eisenbach R. J., Hill K. D. The Effect of Negation and Polar Opposite Item Reversals on Questionnaire Reliability and Validity: An Experimental Investigation. *Educational and Psychological Measurement*. 1991;51(1):67–78. doi: <https://doi.org/10.1177/0013164491511005>

54. Koerich C, Erdmann AL, Lanzoni GMM. Professional interaction in management of the triad: Permanent Education in Health, patient safety and quality. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3379. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4154.3379>
55. Galvão TF, Lopes MCC, Oliva CCC, Araújo MEA, Silva MT. Patient safety culture in a university hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3014. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>
56. Günes ÜY, Gürlek Ö, Sönmez M. A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. *Collegian*. 2016;23(2):225-32. doi: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.02.005>
57. Zanon REB, Dalmolin GL, Magnago TSBS, Andolhe R, Carvalho REFL. Presenteeism and safety culture: evaluation of health workers in a teaching hospital. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(1):e20190463. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0463>
58. Cho E, Lee NJ, Kim EY, Kim S, Lee K, Park KO, et al. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2016;60:263-71. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009>
59. Fagerstrom L, Kinnunen M, Saarela J. Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland. *BMJ Open*. 2018;8(4):e016367. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016367>
60. Moffat SB, Clark S, Dimaio M, Fann J. Leadership oversight for patient safety Programs: an essential element. *Ann Thorac Surg*. 2018;105(2):351-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2017.11.021>
61. Soares BE. Eventos adversos em crianças submetidas à queiloplastia e palatoplastia referentes ao pós-operatório imediato (Trabalho de Conclusão de Curso). Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2021.
62. Furini ACA, Nunes AA, Dallora MELV. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(n-esp):e20180317. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>
63. Batista J, Cruz EDA, Alpendre FT, Paixão DPSS, Gaspari AP, Mauricio AB. Safety culture and communication about surgical errors from the perspective of the health team. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp):e20180192. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180192>.
64. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Travassos C. The application of Iberoamerican study of adverse events (IBEAS) methodology in Brazilian hospitals. *Int J Qual Health Care*. [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 10];30(6):480-5. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/30/6/480/4958028>

65. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. 170 p.
66. Lima, SMS, Agostinho M, Mota L, Príncipe F. Percepção dos profissionais de saúde das limitações à notificação do erro/evento adverso. Rev Enferm Referência. 2018. 4(19):99-106. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV18023>
67. Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Barriers to patient safety incident reporting by Brazilian health professionals: an integrative review. Ciência & Saúde Coletiva, 24(8):2895-2908, 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>
68. Hao HS, Gao H, Li T, Zhang D. Assessment and Comparison of Patient Safety Culture Among Health-Care Providers in Shenzhen Hospitals. Risk Manag Healthc Policy. 2020;13:1543-1552. doi: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S266813>
69. Gama ZAS, Oliveira ACS, Hernández PJS. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. Cad Saúde Pública. 2013;29(2):283-93. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200015>
70. Lee SH, Phillip HP, Todd D, Sallie JW, Peter JP. Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):254. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1502-7>

8

Apêndices e
Anexos

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DEPARTAMENTO HOSPITALAR, SERVIÇO DE ENFERMAGEM

PROJETO DE PESQUISA: Cultura de segurança do paciente segundo a equipe de enfermagem de um hospital terciário

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Maila Meryellen Ferreira Garcia Manso – Prof. Dr. Armando dos Santos Trettene

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) está sendo convidado (a), como voluntário (a), a participar da pesquisa: cultura de segurança do paciente segundo a equipe de enfermagem de um hospital terciário, realizada por Maila Meryellen Ferreira Garcia Manso, COREN-SP: 217428, sob orientação do Prof. Dr. Armando dos Santos Trettene.

O motivo que nos leva a estudar este assunto, é analisar a cultura de segurança do paciente segundo a equipe de enfermagem de um hospital terciário. Para participar, você terá que responder a um questionário com um total de 50 itens, sobre perguntas relacionadas à cultura ou segurança do paciente, ou seja, esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e notificação de eventos no ambiente onde você trabalha. O tempo que você gastará para preencher o questionário é aproximadamente de 10 a 15 minutos. Você deverá assinalar com X as suas respostas dentre as opções que serão dadas para cada pergunta. Você responderá ao questionário individualmente, em uma sala, em horário pré-definido entre você e o pesquisador. Esperamos com a realização desse estudo, identificar maneiras para melhorar a segurança do paciente e dos profissionais de saúde.

Os benefícios esperados com o desenvolvimento do presente estudo constituem uma importante contribuição referente ao conhecimento da cultura de segurança do paciente segundo a equipe de enfermagem. Os riscos contidos no presente estudo são inerentes às pesquisas desse tipo, e podem incluir constrangimento, lembranças negativas e exacerbação de alguns sentimentos. Caso isso aconteça, será interrompida a pesquisa, até que o entrevistado se acalme. Para minimizar tais riscos, a coleta de dados será realizada em um ambiente privativo e individualizado.

O participante tem garantida a plena liberdade para recusar-se e/ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Ressalta-se que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional durante todas as fases da pesquisa.

O participante não terá qualquer tipo de despesa para participação da pesquisa, portanto, não haverá ressarcimento de transporte, hospedagem e alimentação, pois o **participante irá responder o questionário durante o seu horário de trabalho, no momento que estiver mais calmo sua unidade, sem prejuízo dos atendimentos.** Entretanto, em caso de danos decorrentes da pesquisa, o(a) Sr.(a) tem o direito à assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, além do direito de indenização”.

Para qualquer tipo de esclarecimentos e dúvidas sobre sua participação na pesquisa, ou para conhecimento dos resultados, você poderá entrar em contato com o pesquisador por meio do Endereço Institucional: Rua: Silvio Marchione, 3-20 - Vila

Universitária - CEP 17012-900 - Bauru/SP, ou pelo telefone (14) **3235-8174** e e-mail: mayllafig@usp.br. Para denúncias e/ou reclamações, entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais- Universidade de São Paulo (HRAC-USP)**, que é um órgão colegiado independente, representado por várias áreas do conhecimento, e que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, e tem por objetivo proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde). Situado à Rua Silvio Marchione, 3-20 - Vila Universitária - CEP 17012-900 - Bauru/SP, de segunda à sexta, das 8 às 18 horas, ou pelo telefone (14) 3235-8421, e-mail: cephrac@usp.br

Por estar de acordo com o presente termo, todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador.

Eu _____,
portador da cédula de identidade _____, após leitura das informações neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, concordo em participar da pesquisa e assino este documento em duas vias, sendo que uma via ficará comigo e outra com o pesquisador.

Bauru, SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO A - HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (HSOPSC)

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

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

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

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

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

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

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

SEÇÃO C: Comunicação

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

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

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

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

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

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

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

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

SEÇÃO F: O seu hospital

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

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

SEÇÃO F: O seu hospital (continuação)

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

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

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

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

SEÇÃO H: Informações gerais

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

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

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

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

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

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

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

SEÇÃO H: Informações gerais (continuação)

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

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

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

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

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

7. Qual o seu grau de instrução:

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

8. Qual a sua idade? _____ anos

9. Indique o seu sexo:

- ☐ a. Feminino ☐ b. Masculino

SEÇÃO I: Seus comentários

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

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Cultura de segurança do paciente segundo a equipe de enfermagem de um hospital terciário

Pesquisador: MAILA MERYELLEN FERREIRA GARCIA MANSO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31762620.4.0000.5441

Instituição Proponente: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.133.326

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda do projeto de Dissertação de mestrado em sua segunda versão com o título: Cultura de segurança do paciente segundo a equipe de enfermagem de um hospital terciário de autoria de : MAILA MERYELLEN FERREIRA GARCIA MANSO de sob orientação do Prof. Armando dos Santos Trettene.

Introdução: a segurança do paciente consiste em reduzir os danos que estão associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável, constituindo-se em um indicador da qualidade da assistência prestada. Dessa maneira, faz-se necessário que toda instituição de saúde promova ações visando reduzir a possibilidade de ocorrência de danos aos pacientes, mediante a assistência prestada. A cultura de segurança do paciente está envolvida

na correção dos processos de trabalho, incluindo a adoção de um modelo não punitivo que previne a ocorrência de eventos indesejáveis, pois os erros são causados por uma sequência de eventos. Consiste em atitudes e valores que devem encorajar o profissional a identificar, notificar e resolver os problemas relacionados à segurança, e a identificação do erro que leva ao aprendizado organizacional. **Objetivo:** avaliar a cultura de segurança do paciente segundo a equipe de enfermagem de um hospital público e terciário. **Casuística e Método:** Pretende-se a realização de um estudo descritivo, transversal, de delineamento quantitativo, a ser desenvolvido em um

Endereço: Rua Silvio Marchione, 3-20

Bairro: Vila Nova Cidade Universitária

CEP: 17.012-900

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)3235-8421

Fax: (14)3234-7818

E-mail: cephrac@usp.br

Continuação do Parecer: 4.133.326

hospital público e terciário. Serão incluídos profissionais de enfermagem, ou seja, enfermeiros, técnicos e auxiliares, atuantes no hospital por período superior a seis meses, independente do setor onde atuem, que tenham contato direto ou indireto com os pacientes, cuja carga de trabalho semanal mínima seja de 20 horas. Serão excluídos os profissionais

de enfermagem que estiverem ausentes no período da coleta de dados, independente do motivo. Considerando-se uma população de 99 profissionais e uma perda estimada de 20%, a amostra pretendida será de 80 profissionais. A coleta de dados será realizada em ambiente privativo, individualmente, fora do turno de trabalho, entre agosto e outubro de 2020, por meio de um questionário auto-aplicável denominado Hospital Survey on Patient Safety Culture. O tempo estimado para preenchimento do instrumento é de 15 minutos em média. Para confecção dos resultados será utilizada a estatística descritiva e métodos indutivos que se aplicarem. A pesquisa seguirá todos os preceitos éticos recomendados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos. Resultados esperados: identificar a perspectiva da equipe de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a percepção da cultura de segurança do paciente segundo a equipe de enfermagem de um hospital público e terciário, especializado no atendimento de pacientes com anomalias craniofaciais e síndromes relacionadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos contidos no presente estudo são inerentes aos projetos deste tipo, e podem incluir algum grau de constrangimento, lembranças negativas e exacerbação de alguns sentimentos. Para minimizar tais riscos, as entrevistas serão realizadas individualmente. Uma vez realizados a partir das normas preconizadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas em Seres Humanos, obedecendo às normas de biossegurança e guardando o sigilo ético, pode-se afirmar que os riscos são próximos de zero.

Benefícios:

Os benefícios esperados com o desenvolvimento do presente estudo constituem importante contribuição referente a percepção da equipe quanto a cultura de segurança do paciente. Adicionalmente, o desenvolvimento desse projeto contribuirá na realização de um diagnóstico

Endereço: Rua Silvio Marchione, 3-20

Bairro: Vila Nova Cidade Universitária

UF: SP

Município: BAURU

CEP: 17.012-900

Telefone: (14)3235-8421

Fax: (14)3234-7818

E-mail: cephrac@usp.br

Continuação do Parecer: 4.133.326

situacional, por meio do qual torna-se possível planejar e implementar intervenções que promovam a cultura de segurança do paciente.

Além da importância dessa temática na atualidade e no cotidiano dos profissionais de enfermagem, acredita-se que a avaliação da cultura de segurança permite traçar um panorama das dimensões que envolvem a segurança do paciente, favorecendo o planejamento de ações ou a formulação de intervenções adequadas à realidade local que visem a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e a prática da segurança do paciente

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de estudo apresenta importante mérito científico sendo um tema de muita discussão atual no cotidiano dos profissionais de enfermagem, tanto nacional quanto no mundo e que com certeza irá favorecer o planejamento de ações e/ou a formulação de intervenções adequadas à realidade local que visem a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e a prática da segurança do paciente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta de encaminhamento;

Formulário HRAC;

Folha de Rosto da Plataforma Brasil;

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Termo de Assentimento;

Termo de Compromisso, Confidencialidade e Autorização de Utilização de Dados em Projetos de Pesquisa

Termo de Permissão para uso de Registros para Fins Científicos;

Termo de Compromisso de Tornar Públicos os Resultados da Pesquisa e Destinação de Materiais ou Dados Coletados;

Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O estudo apresentou algumas pendências na apresentação anterior e que foram adequadas nesta apresentação e estão descritas abaixo:

- 1- retirar o número do código de enfermagem - pendência atendida;
- 2- adequar o número do telefone de contato da pesquisadora - pendência atendida;
- 3- acrescentar lugar para rubrica nas vias do TCLE - pendência atendida;

Endereço: Rua Silvio Marchione, 3-20

Bairro: Vila Nova Cidade Universitária

CEP: 17.012-900

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)3235-8421

Fax: (14)3234-7818

E-mail: cephrac@usp.br

Continuação do Parecer: 4.133.326

4- descrever que o TCLE será em duas vias e que uma delas ficará com o participante - pendência atendida;

5 - adequar o cronograma - pendência atendida.

Desta forma como as adequações foram atendidas na sua totalidade sugiro a este CEP a aprovação da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deve atentar que o projeto de pesquisa aprovado por este CEP refere-se ao protocolo submetido para avaliação. Portanto, conforme a Resolução CNS 466/12, o pesquisador é responsável por "desenvolver o projeto conforme delineado", se caso houver alterações nesse projeto, este CEP deverá ser comunicado em emenda via Plataforma Brasil, para nova avaliação.

Cabe ao pesquisador notificar via Plataforma Brasil o relatório final para avaliação. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos e/ou outros Termos obrigatórios assinados pelos participantes da pesquisa deverão ser entregues ao CEP. Os relatórios semestrais devem ser notificados quando solicitados no parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1543273.pdf	16/06/2020 13:57:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Maila_16_06.doc	16/06/2020 13:57:08	Armando dos Santos Trettene	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2_MAILA.docx	16/06/2020 13:54:38	Armando dos Santos Trettene	Aceito
Outros	Carta_Enca_Maila.pdf	16/06/2020 13:47:39	Armando dos Santos Trettene	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	07/05/2020 16:27:04	Armando dos Santos Trettene	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Sup.pdf	07/05/2020 16:26:47	Armando dos Santos Trettene	Aceito
Outros	Folha_rosto_HRAC.pdf	07/05/2020 15:20:30	Armando dos Santos Trettene	Aceito

Endereço: Rua Silvio Marchione, 3-20

Bairro: Vila Nova Cidade Universitária

CEP: 17.012-900

UF: SP

Município: BAURUR

Telefone: (14)3235-8421

Fax: (14)3234-7818

E-mail: cephrac@usp.br

**USP - HOSPITAL DE
REABILITAÇÃO DE
ANOMALIAS CRANIOFACIAIS
DA UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO -HRAC/USP**

Continuação do Parecer: 4.133.326

Outros	Termo_tornar_publico.pdf	07/05/2020 15:19:43	Armando dos Santos Trettene	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_compromisso_pesquisador.pdf	07/05/2020 15:18:58	Armando dos Santos Trettene	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_autorizacao.pdf	07/05/2020 15:17:57	Armando dos Santos Trettene	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 03 de Julho de 2020

Assinado por:
Renata Paciello Yamashita
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Silvio Marchione, 3-20

Bairro: Vila Nova Cidade Universitária

CEP: 17.012-900

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)3235-8421

Fax: (14)3234-7818

E-mail: cephrac@usp.br