

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE E EDUCAÇÃO

PAULA MÁRCIA PEREIRA GUERRA

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DA
EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

RIBEIRÃO PRETO
2022

PAULA MARCIA PEREIRA GUERRA

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DA
EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada à Universidade de Ribeirão Preto como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia Sidnéia da Silva

RIBEIRÃO PRETO
2022

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento
Técnico da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

GUERRA, Paula Márcia Pereira, 1979-
G934c Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe
de enfermagem de um hospital universitário / Paula Márcia
Pereira Guerra. – Ribeirão Preto, 2022.
189 f.: il. color.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Silvia Sidnéia da Silva.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Mestrado em Saúde e Educação, 2022.

1. Enfermeiros - treinamento. 2. Enfermagem – medidas de
segurança. 3. Enfermeiro e paciente. II. Título.

CDD 610.73

PAULA MARCIA PEREIRA GUERRA

"CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO"

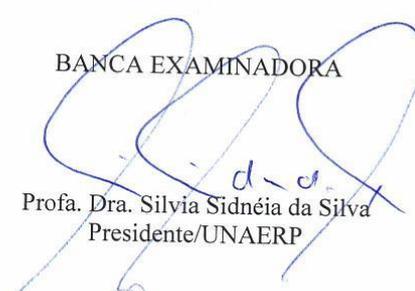
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto para obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação.

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

Data da defesa: 30 de agosto de 2022

Resultado: Aprovada

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva
Presidente/UNAERP



Prof. Dra. Juliana Chiaretti Novi
UNAERP



Prof. Dra. Graziela Caldana
Hospital São Lucas Ribeirão Preto

RIBEIRÃO PRETO
2022

DEDICATÓRIA

Ao meu marido Fabiano, que sempre está ao meu lado, em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora Aparecida que mais uma vez me deram forças para conseguir chegar até aqui em um período em que muitas dificuldades estiveram presentes.

A minha mãe, que mesmo não estando mais entre nós, continua cuidando de mim.

A minha família, por todo carinho e apoio mesmo não morando na mesma cidade.

Ao meu marido Fabiano, meu apoio diário, minha fortaleza e segurança de todos os dias, a pessoa que me incentiva a correr atrás dos meus sonhos.

A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Silvia Sidnéia da Silva, por me incentivar a cada etapa, acreditando no meu trabalho, por ser uma referência como enfermeira, coordenadora e pessoa humana.

A Prof.^a Mestre, Enfermeira Thais Helena Meira Devitto, uma grande amiga, pessoa extremamente competente em tudo que faz, com habilidade incrível de compartilhar conhecimento com as pessoas que estão à sua volta, principalmente com seus alunos, e que me incentivou e auxiliou desde o início desta jornada.

A minha panelinha, Paula, Thais e Junior, pessoas que conheci nesta jornada, onde dividimos angustias, incertezas, dificuldades e muitas risadas.

Aos profissionais do Hospital Electro Bonini, que nos auxiliaram em construir esta dissertação, respondendo ao questionário.

A profissional Mestre Enfermeira Doraci Coordenadora Administrativa de Enfermagem do Hospital Electro Bonini que desde o início se mostrou aberta a nos auxiliar nesta pesquisa.

A Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) que proporciona, todos os dias, um aprendizado profissional e humano.

“O mundo é perigoso não por causa daqueles que fazem o mal,
mas por causa daqueles que veem e deixam o mal ser feito”.
(Albert Einstein)

RESUMO

GUERRA, P. M. P. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de um hospital universitário. 2022. 190f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022. 186p.

A Cultura de Segurança do Paciente (CSP) é considerada um importante componente estrutural dos serviços de saúde, pois favorece a implantação de práticas seguras e diminuição de incidentes de segurança. A avaliação da cultura de segurança tem sido uma recomendação de órgãos certificadores, bem como a utilização de instrumentos validados para essa avaliação. O objetivo deste trabalho foi avaliar a cultura de segurança da equipe de enfermagem de um Hospital Universitário no interior paulista, por meio da aplicação do instrumento de pesquisa *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), que possui 42 itens, divididos em 12 dimensões. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa. Participaram do estudo a equipe de enfermagem, sendo 41 colaboradores da equipe de Enfermagem, divididos em: 10 enfermeiros, 10 técnicos e 21 auxiliares de enfermagem. O HSOPSC foi disponibilizado no formato *online* e de forma presencial, nos meses de março e abril de 2022. Na análise foram encontradas as dimensões consideradas como área de força “aprendizagem organizacional”, “expectativas sobre o seu supervisor/chefe”, “trabalho em equipe dentro das unidades” e o “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”; já as áreas frágeis, que necessitam de melhorias, foram as dimensões “respostas não punitivas aos erros” e “passagem de plantão ou de turno/transferências”. Conclui-se que são necessárias mudanças, principalmente, na comunicação e confiança.

Descritores: Segurança do Paciente. Gestão da Segurança. Equipe de Enfermagem. Cultura Organizacional.

ABSTRACT

GUERRA, P.M.P. Patient safety culture from the perspective of the nursing staff of a university hospital. Course conclusion work, Ribeirão Preto, 2022. 186p.

The Patient Safety Culture (CSP) is considered an important structural component of health services, as it favors the implementation of safe practices and the reduction of incidents. The evaluation of the safety culture has been a recommended practice of certifying bodies, as well as the use of validated instruments for this evaluation. The objective of this study was to assess the safety culture of the nursing team in a university hospital in the countryside of the State of São Paulo, through the application of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). The survey is a descriptive exploratory study, with a qualitative approach, that includes 42 items grouped into 12 dimensions. The nursing team that participated in this study was composed of 41 employees, being 10 nurses, 10 technicians and 21 nursing assistants. The HSOPSC was made available online and in person, during the months of March and April 2022. The analysis found the following dimensions as strengths: “organizational learning”, “expectations about your supervisor/boss”, “team work within units” and “support from hospital management for patient safety”; whilst the dimensions considerate weakness, which need improvement, were “non-punitive responses to errors” and “shift handover/transfers”. Therefore, it is possible to conclude that changes are necessary, mainly in what concerns communication and trust.

Descriptors: Patient Safety. Safety Management. Nursing team. Organizational culture.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

a. C.	Antes de Cristo
AHRQ	<i>Agency for Health Research and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem
COREn	Conselho Regional de Enfermagem
CSP	Cultura de Segurança do Paciente
CSS	<i>Culture Safety Survey</i>
EA	Evento Adverso
EPUAP	<i>European Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i>
MS	Ministério da Saúde
NPUAP	<i>American National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
OMS	Organização Mundial Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNSP	Programa Nacional Segurança Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - O modelo do “queijo suíço” de acidentes organizacionais de James Reason.	35
Figura 2 - Direitos dos pacientes, usuários dos serviços de saúde.....	39
Figura 3 - Etapas da higienização das mãos.	41
Figura 4 - Higienização das mãos com preparação alcoólica.	42
Figura 5 - Os 5 momentos para higienização das mãos.	43
Figura 6 - Percentual de respostas favoráveis à Instituição nas dimensões referentes ao cuidado com a segurança do paciente no nível hospitalar no Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.	65
Figura 7 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.	67
Figura 8 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras de segurança” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.	70
Figura 9 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão “aprendizado organizacional/melhoria contínua” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.	73
Figura 10 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.....	76
Figura 11 - Respostas dos participantes aos itens da dimensão “percepção geral da segurança do paciente” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.....	77
Figura 12 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão “percepção geral de segurança do paciente” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.	79
Figura 13 - Respostas aos itens da dimensão “abertura da comunicação” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.....	82
Figura 14 - Respostas dos participantes aos itens da dimensão “trabalho em equipe entre as unidades/áreas” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.....	87

Figura 15 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão “adequação de profissionais” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP. 2022.....	88
Figura 19 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão “passagem de plantão/turno e transferências” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP.	9089
Figura 20 - Respostas dos participantes aos itens da dimensão “respostas não punitivas aos erros” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP.....	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição da população do estudo por categoria profissional que participou da pesquisa, Hospital Electro Bonini. Ribeirão Preto/SP, 2022.....	23
Quadro 2 - Definições das dimensões mensuráveis pelo HSOPSC	24
Quadro 3 - Dimensões da cultura de segurança e variáveis de resultado mensuráveis pelo Hospital <i>Survey on Patient Safety Culture</i> (HSOPSC).....	25
Quadro 4 - Escala de Likert.....	26
Quadro 5 - Conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente (<i>International Classification for Patient Safety</i> - ICPS).....	33
Quadro 6 - Estudos realizados no Brasil que utilizaram o questionário HSOPSC para avaliação das dimensões no ano 2013 a 2022.....	48
Quadro 7 - Unidades de análise de conteúdo da pesquisa realizada no Brasil e Portugal, por Fassarella et al. (2018).	75
Quadro 8 - Unidades de análise de conteúdo dos comentários dos profissionais - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.....	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos profissionais de enfermagem do Hospital Universitário Electro Bonini da UNAERP, Ribeirão Preto, 2022.....	58
Tabela 2 - Principal área/unidade de trabalho, tempo de trabalho no hospital, carga horária semanal, tempo de trabalho na atual área/unidade e contato com paciente - Hospital Universitário Electro Bonini da UNAERP, Ribeirão Preto, 2022.....	61

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1.1 JUSTIFICATIVA	20
1.2 HIPÓTESE	20
1.3 OBJETIVOS	20
1.3.1 Geral	20
1.3.2 Específicos	21
2 CASUÍSTICA E MÉTODO	22
2.1 NATUREZA DO ESTUDO	22
2.2 LOCAL DO ESTUDO	22
2.3 POPULAÇÃO	23
2.4 COLETA DOS DADOS	23
2.4.1 Instrumento de Coleta de dados	23
2.4.2 Procedimento de Coleta de Dados	26
2.5 ANÁLISE DOS DADOS	27
2.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	29
2.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA	30
3 REVISÃO DA LITERATURA	31
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE E SEUS FUNDAMENTOS	31
3.2 HISTÓRIA DA CULTURA E SEGURANÇA	35
3.2.1 Passos para a segurança do paciente	38
3.3 CULTURA DE SEGURANÇA	44
3.4 EVENTOS ADVERSOS E SUAS VÍTIMAS	54
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	57
4.2 ANÁLISE QUANTITATIVA DAS RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES AOS ITENS DAS DIMENSÕES SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE	63
4.3 CONTRIBUIÇÕES DOS PARTICIPANTES	94
5 CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA	100
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICES	113
APÊNDICE A - Hospital Survey on Patient Safety	113

APÊNDICE B - Pesquisa sobre segurança do paciente em hospitais (HSOPSC)..	118
APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido	123
APÊNDICE D - Declaração da pesquisadora.....	127
APÊNDICE E - Carta de apresentação e solicitação de autorização para pesquisa (ao diretor técnico)	128
APÊNDICE F - Carta de apresentação e solicitação de autorização para pesquisa (à coordenadora administrativa de enfermagem)	129
ANEXOS	130
ANEXO A - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto	130
ANEXO B - Cartaz comunicando aos profissionais da instituição hospitalar sobre a realização da pesquisa	134
ANEXO C - Cartaz comunicando aos profissionais da instituição hospitalar sobre a realização da pesquisa de forma presencial e a prorrogação da coleta on line.	135
ANEXO D – PRODUTO 1 - Relatório de pesquisa científica.....	136
ANEXO E – PRODUTO 2 - Proposta de curso de capacitação.....	183
ANEXO F – PRODUTO 2 – Curso de capacitação : Segurança do Paciente. Você já pensou sobre isso?	190

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Paula Márcia Pereira Guerra, nasci na cidade de Batatais/SP, segunda filha de cinco irmãos, casada há 15 anos com Fabiano.

Recordo-me, ainda muito pequena de sempre dizer que iria trabalhar cuidando das pessoas! A dedicação para com o próximo fazia parte da minha essência enquanto ser humano e desde o início da adolescência busquei seguir este chamado!

Minha primeira experiência profissional foi aos 10 anos de idade, quando atuei como babá e cuidava de bebês desde recém-nascidos até 7 anos de idade. As atividades baseavam-se em cuidados com higiene, alimentação, auxílio na educação escolar e a recreação, sempre preservando a segurança infantil.

A possibilidade de realizar o curso de auxiliar e, posteriormente, de técnico de enfermagem a partir de 1999, ampliou meus olhares para o cuidado e tudo que permeia esta prática.

O primeiro emprego na área da saúde foi como auxiliar de enfermagem no Hospital Santa Casa de Batatais. Curioso que naquela época, mesmo com vários recursos disponíveis, eu observava algumas questões relacionadas à segurança do cuidado ao paciente que, de certa forma, me causavam inquietudes, como as possibilidades de quedas do leito e as trocas de dispositivos e cateteres.

A atuação em hospitais da cidade de Ribeirão Preto viabilizou a possibilidade de realizar meu principal objetivo: realizar a graduação em Enfermagem - curso que iniciei em 2001, pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). Nesta época realizava plantões noturnos para ter a disponibilidade de assistir as aulas durante o dia.

No âmbito pessoal, nesta época, vivenciei desafios relacionados ao cuidado intrafamiliar, acompanhando minha mãe em seu tratamento de saúde. O apoio de meus irmãos e meu pai foram fundamentais para que eu pudesse seguir com o curso, principalmente, após a perda da minha mãe, no segundo ano de graduação.

Talvez por ter vivenciado algumas situações relacionadas ao cuidado em saúde, de maneira pessoal, e já atuar na área da enfermagem acredito que meu olhar para as questões que envolvem a segurança do paciente foi um pouco mais aguçado.

Assim, sempre observava as possibilidades de medidas para minimizar riscos, formas para aperfeiçoar e ampliar a segurança na administração de medicamentos,

uso de dispositivos de segurança, entre outras tantas questões, que sempre me chamaram a atenção e foram motivos de aprofundamento de leitura e busca de maiores conhecimentos relacionados ao assunto.

Hoje, atuo na área há 23 anos, sendo minhas habilidades direcionadas para Unidade Terapia Intensiva Adulto (UTI), Unidade Terapia Intensiva Cardiológica (UCO), Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Ortopedia, Pediatria, Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB), Medicina Preventiva, entre outras.

Apesar de me sentir realizada na profissão, a possibilidade de uma ampliação do título com a pós-graduação *stricto sensu* - Mestrado - fazia parte das metas estabelecidas para a vida e impacta diretamente na minha realização pessoal, também.

Ao longo de minha trajetória, por vezes, necessitei deixar este desejo adormecido até que encontrasse um momento apropriado para realizá-lo e, finalmente, aqui está!

Por vivenciar diferentes realidades, áreas de atuação e com base na minha experiência pessoal desde a adolescência, o tema escolhido não poderia ser diferente do que se apresenta nesta dissertação. Aqui trago dúvidas, questionamentos e anseios baseados em uma trajetória profissional que observa a teoria e a realidade ainda distantes em certas instituições, seja devido a estrutura interna, a formação dos profissionais ou ao investimento do próprio serviço em priorizar estas questões.

Durante as atividades desempenhadas na área da saúde, o profissional se vê constantemente em contato com o paciente, seja para a realização de um procedimento invasivo ou mesmo para a realização de escuta qualificada. Para quaisquer destas razões, prestar a assistência engloba vários aspectos e um dos que considero primordiais é a segurança do paciente, desde a admissão até sua alta.

Em virtude das observações feitas enquanto enfermeira assistencial e a leitura de materiais relacionados ao assunto e que me chamaram a atenção, tenho refletido sobre o quanto a teoria e a prática ainda permanecem distantes. Qual é a expectativa do profissional e do próprio cliente em relação ao seu cuidado e tratamento, e como isso de fato é vivenciado na realidade? Qual é a atribuição do profissional e da Instituição neste contexto? Estas e outras dúvidas me levaram ao desenvolvimento deste estudo que vem somar na minha formação profissional e ampliar meu olhar para as questões que envolvem o cuidado e a segurança do paciente.

1 INTRODUÇÃO

A relevância do tema segurança do paciente não se revela uma questão recente, e tem suas dimensões difundidas em nível mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2010), a segurança do paciente envolve a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. Acreditamos que a limitação de atos inseguros nos processos assistenciais está relacionada com a realização de práticas de cuidado que alcancem os melhores resultados possíveis para o paciente.

Schatkoski et al. (2009) complementam que a segurança do paciente inclui a prevenção de danos na assistência à saúde e a redução das repercussões desses, na vida dos pacientes.

Vincent (2009) destaca que a expressão pode ser definida como o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões consequentes do processo de atendimento hospitalar, no entanto, apesar do tema vir sendo descrito e estudado por mais de um século observam-se lacunas referentes ao entendimento acerca da extensão e a gravidade do problema por parte dos profissionais de saúde, em geral, de acordo com a vivência das pesquisadoras.

A *World Health Organization* - WHO (2010a) associa o termo segurança do paciente com a identificação, análise e gerência de riscos e incidentes relacionados com paciente, com o intuito de ser ofertado o cuidado mais seguro, minimizando possíveis danos. Nesta perspectiva, há que se considerar à luz de conceitos como acreditação hospitalar, gestão de risco, erro médico, evento adverso, evento sentinela, entre outros, as expectativas com relação à aceitação do insucesso que fere a segurança do paciente e que ainda são muito pequenas.

Mendes et al. (2009) definem Evento Adverso como um erro ou incidente que pode ser definido como o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente, podendo ser oriundo de atos intencionais ou não.

A segurança ganhou relevância, quando foi divulgado o relatório do *Institute of Medicine* (IOM) *Errar é Humano* (1999), o qual se baseava na incidência de eventos adversos (EA's) em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado; onde apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano, vítimas de EA's nos Estados Unidos da América (EUA),

considerando o período delimitado naquela pesquisa. Outros estudos, também evidenciaram que, em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e, destes, 50% são evitáveis.

Pedreira (2009) explica que com o desenvolvimento das ciências da saúde como uma área mais vantajosa e lucrativa, os investimentos e avanços permitiram alterar e ampliar a longevidade e a qualidade de vida, contudo, o caminho trilhado para chegar até esse momento também fez com que os pacientes se expusessem a riscos de sofrer danos. Gomes (2010) aponta a identificação dos riscos atrelados ao processo do cuidado como um dos maiores desafios a ser enfrentado pelas instituições prestadoras de cuidados.

Conforme dados atualizados no dia 01/06/2022, coletados no *site* do Conselho Federal de Enfermagem - COFEn, a enfermagem é a maior força de trabalho em saúde no Brasil, com total de 2.702.804 profissionais inscritos, sendo 446.195 auxiliares de enfermagem, 1.491.410 técnicos de enfermagem, 664.853 enfermeiros e 346 obstetrizas, sendo que só o estado de São Paulo concentra 26% (692.410) profissionais de enfermagem, o que nos faz pensar na importância de criar estratégias de segurança, conhecer e padronizar processos, visando prevenir falhas no sistema e fragilidade profissional.

Acredita-se que a cultura de segurança, quando estabelecida na instituição, encoraja os colaboradores a relatar os erros cometidos na assistência em saúde sem receio de punição, estimula as notificações de não conformidades de processos e os movimentos colaborativos na direção de soluções para problemas de segurança do paciente, proporcionando que as ações de melhoria sejam otimizadas, e a literatura científica destaca que a avaliação criteriosa da cultura de segurança nos hospitais beneficia o paciente, e traz ao profissional maior senso de responsabilidade em relação ao objetivo principal de segurança do paciente. Espera-se que esse estudo, de forma ampliada, contribua para o tema “cultura de segurança do paciente” afim de realizar um diagnóstico da cultura de segurança do paciente de uma instituição hospitalar com o intuito de garantir a qualidade do serviço e práticas seguras, envolvendo a temática.

Essa pesquisa tem como finalidade a avaliação da cultura de segurança do paciente pela ótica da equipe de enfermagem, incluindo os enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista.

Com este estudo, pretende-se responder o seguinte questionamento: Quais as fragilidades da cultura de segurança do paciente?

1.1 JUSTIFICATIVA

Apesar dos cuidados ao paciente estarem sendo descritos e estudados há tempos, o que observamos atualmente é a elevação de sua complexidade, aumentando o potencial dos riscos à segurança do paciente, caso a equipe de saúde e os cenários de atendimentos não estejam atentos à segurança dos pacientes e dos profissionais presentes nesse processo.

Quando implementamos protocolos de segurança do paciente, não beneficiamos somente o paciente. A organização e empenho em evitar a ocorrência de eventos adversos incide também na empresa prestadora de serviços de saúde, pois a qualidade do trabalho melhora, gerando confiabilidade e satisfação por parte dos pacientes e segurança dos trabalhadores.

Desta forma, a relação descrita na literatura científica e enfatizada pela OMS (2010) entre presença de uma cultura de segurança bem estabelecida nas unidades de saúde e a melhora na incidência de problemas de segurança do paciente e de eventos adversos, justifica a realização deste estudo.

1.2 HIPÓTESE

Acreditamos que as instituições que detêm uma cultura de segurança positiva têm colaboradores mais seguros, prestando assistência com melhor qualidade e efetividade nos processos.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

- Avaliar a cultura de segurança da equipe de enfermagem de um Hospital Universitário no interior paulista.

1.3.2 Específicos

- Identificar as fragilidades da cultura de segurança na Instituição, a partir da resposta dos participantes às questões do instrumento de Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais;
- Analisar a visão dos profissionais de enfermagem sobre a segurança;
- Identificar oportunidades de melhorias, propondo um plano de ação na Instituição do estudo, com base nos dados obtidos na Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais.

2 CASUÍSTICA E MÉTODO

2.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo, do tipo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa.

Segundo afirma Gil (2008), a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como proposto na presente investigação ao sugerir a utilização do questionário HSOPSC - Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (Apêndice A e B), visando avaliar a cultura de segurança de um hospital universitário de Ribeirão Preto.

Em complementaridade, o autor supracitado acrescenta que as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

2.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no Hospital Electro Bonini (HEB) que é um hospital Universitário de médio porte, localizado na cidade de Ribeirão Preto.

Ribeirão Preto é um município brasileiro no interior do estado de São Paulo, situado na região Sudeste do País. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em agosto de 2021 possuía 720.116 habitantes, sendo o 9º município do Brasil com mais de 500 mil habitantes, classificado entre as 25 cidades mais populosas, com exceção das capitais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2019).

A instituição do estudo possui 75 leitos, distribuídos em setores de internações que atendem as especialidades de Clínica médica e cirúrgica, Maternidade, Unidade de Cuidado intermediário neonatal (UCI neonatal), Centro cirúrgico, Central de Material e Esterilização, Ambulatório de especialidades, Serviço de urgência e emergência, Serviço de exames laboratoriais e imagem.

Conforme dados coletados com o setor administrativo do HEB (2020), 98% dos atendimentos foram realizados aos pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS) e 2% de conveniados e particulares. Considerando as internações clínicas, cirúrgica e partos, 73,5% foram de pacientes do SUS e 26,5% foram de convênios e particulares. Em relação aos atendimentos e procedimentos ambulatoriais, 99% foram atendimentos ao SUS e 1% aos conveniados e particulares.

Diante desses dados podemos concluir que o hospital presta serviço à população, muitas vezes de baixa renda, e permite que os estudantes tenham acesso à prática profissional, sob supervisão dos professores e tutores, com o propósito de prestar atendimento de qualidade.

2.3 POPULAÇÃO

A população do estudo compreende todos os profissionais de enfermagem que atuam na instituição e desempenham atividades assistenciais e administrativas, como demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição da população do estudo por categoria profissional que participou da pesquisa, Hospital Electro Bonini. Ribeirão Preto/SP, 2022.

Categoria Ensino Técnico	Número
Auxiliar de Enfermagem	21
Técnico de Enfermagem	10
Categoria Ensino Superior	
Enfermeiro	10
Total	41

Fonte: Hospital Electro Bonini (2022).

2.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e abril de 2022.

2.4.1 Instrumento de Coleta de dados

Utilizou-se o questionário (Apêndice A), desenvolvido pela *Agency For Healthcare Research and Quality* - AHRQ na versão aplicável aos hospitais (SORRA

et al., 2018) e, posteriormente, traduzido para português e validado para realidade dos hospitais brasileiros (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012; REIS, 2013).

O questionário HSOPSC possui 42 itens distribuídos em nove diferentes seções, que medem 12 dimensões de cultura de segurança do paciente, divididos em Seção A: sua área/unidade de trabalho; Seção B: seu supervisor/chefe; Seção C: comunicação; Seção D: frequência de eventos notificados; Seção E: nota de segurança do paciente; Seção F: seu hospital; Seção G: número de eventos relatados; Seção H: variáveis sociodemográficas que caracterizam os profissionais; Seção I: questão subjetiva, que convida o profissional a descrever seus comentários sobre a segurança do paciente ou circunstâncias notificáveis no hospital.

As definições de cada uma das dimensões mensuráveis pelo HSOPSC (SORRA; DYER, 2010), descritas nos Quadros 2 e 3, auxiliam a melhor compreensão da avaliação da cultura de segurança do paciente.

Quadro 2 - Definições das dimensões mensuráveis pelo HSOPSC

(continua)

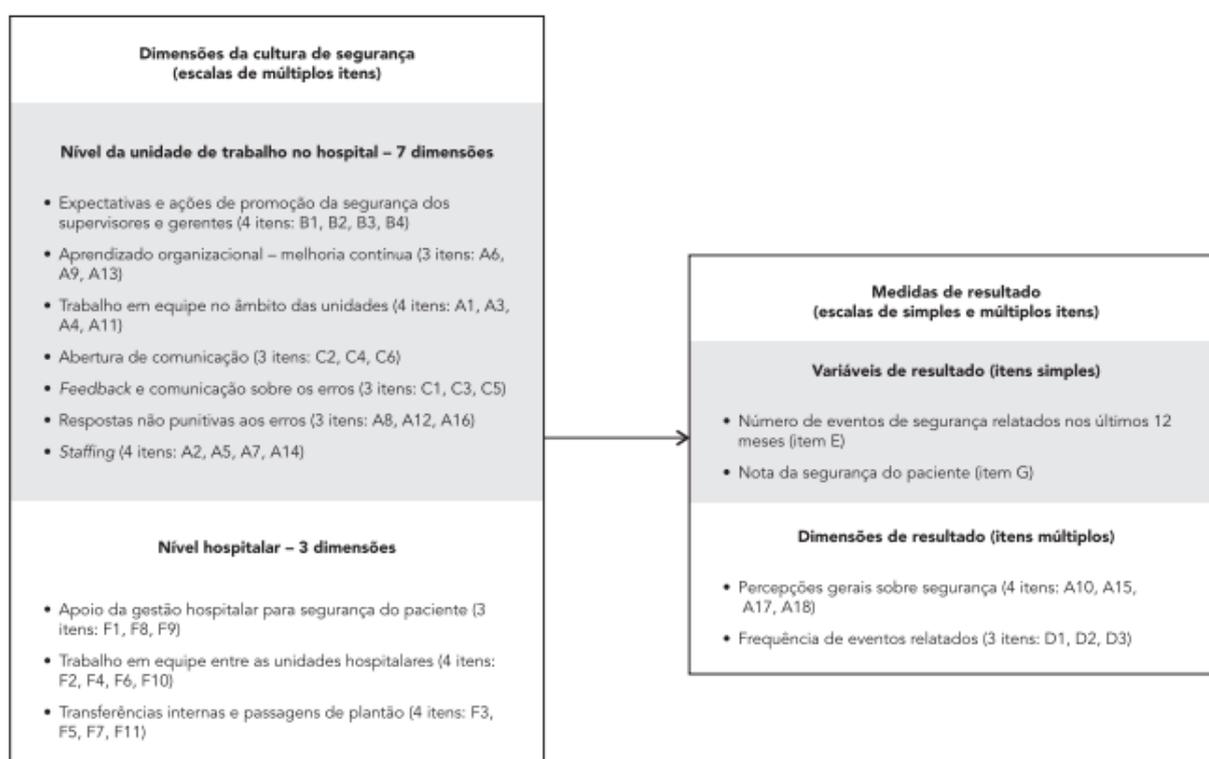
Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores	Avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões e opiniões dos funcionários para melhoria da segurança do paciente, também reconhece se os funcionários participam nos procedimentos para melhorar segurança do paciente.
Aprendizado organizacional e melhoria contínua	Avalia se a organização possui o aprendizado a partir dos erros e analisa a efetividade das ações implementadas.
Trabalho em equipe dentro das unidades	Identifica se os funcionários tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe, com apoio mútuo.
Abertura da comunicação	Avalia se os funcionários do hospital conversam sobre os incidentes que podem afetar a segurança do paciente e se eles se sentem à vontade para questionar os seus supervisores sobre o assunto.
Retorno das informações e da comunicação sobre incidentes	Avalia a percepção dos funcionários sobre notificação de EA e implementação de mudanças e estratégias para evitar futuros incidentes.
Resposta não punitiva aos erros	Avalia como os funcionários se sentem com relação aos incidentes que estão envolvidos e se eles pensam que esses incidentes podem ser usados contra eles.
Adequação de profissionais	Avalia se os funcionários possuem uma carga horária de trabalho adequada para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	Avalia se a gestão do hospital propicia um ambiente de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que esse tema é prioridade.

Trabalho em equipe entre as unidades	Avalia se as unidades do hospital cooperam umas com as outras para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes.
Passagens de plantão/turno e transferências internas	Avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes são passadas entre os funcionários do hospital durante as mudanças de plantão ou de turno e durante as transferências internas dos pacientes.
Percepção geral da segurança do paciente	Avalia os procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de EA e a ausência de problemas de segurança do paciente no hospital.
Frequência de eventos notificados	Avalia o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados e corrigidos antes que esses afetassem o paciente.

Fonte: Sorra e Dyer (2010).

(conclusão)

Quadro 3 - Dimensões da cultura de segurança e variáveis de resultado mensuráveis pelo Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)



Fonte: Adaptado de Olsen (2008)

O questionário também possui perguntas relacionadas às características gerais dos participantes incluindo: idade, sexo, profissão, grau de instrução, tempo de experiência profissional, tempo de serviço no hospital e na unidade, carga horária semanal e contato direto com o paciente ou não (SORRA; NIEVA, 2004).

Conforme as orientações da AHRQ (SORRA; DYER, 2010), para a análise de frequência utilizou-se uma escala Likert de três domínios (pontos), combinando as duas categorias de respostas: negativas (discordo fortemente / discordo e raramente / nunca) e as duas positivas (concordo fortemente/concordo e quase sempre / sempre); e a pontuação média da escala (não concordo / nem discordo e às vezes) uma categoria a parte (Quadro 4).

Quadro 4 - Escala de Likert.

Nunca 1	Raramente 2	Às vezes 3	Quase sempre 4	Sempre 5
Discordo totalmente 1	Discordo 2	Não concordo Nem discordo 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5

Fonte: Sorra e Nieva (2004).

2.4.2 Procedimento de Coleta de Dados

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da UNAERP, autorização da Gerência e Diretoria da instituição foram iniciados os procedimentos operacionais de coleta de dados dos participantes (Anexo A).

Os pontos positivos e/ou benefícios dessa pesquisa pautou-se em analisar a cultura de segurança do paciente no hospital do estudo e garantir possíveis soluções para as questões encontradas, na perspectiva da equipe de enfermagem, além de determinar pontos positivos e negativos dessas relações.

Os riscos da pesquisa se basearam na individualidade de cada participante, pois poderiam se sentir desconfortáveis em responder alguma questão que comprometesse a sua ética profissional e até mesmo ter vivenciado alguma negligência assistencial relacionada a algum evento adverso, ou ainda sentimento de onipotência ao fazer uma análise crítica do seu local de trabalho e equipe, condições que não foram apontadas ou evidenciadas.

Com relação aos procedimentos operacionais de coleta de dados, a lista com os nomes dos profissionais foi disponibilizada pela Coordenadora de Enfermagem da instituição, sendo realizadas algumas estratégias para auxiliar na coleta dos dados:

- Distribuição de cartazes (Anexo B) que foram afixados nos setores para convidar a equipe de enfermagem a participar da pesquisa - ocorreu 4 dias

antes do início da coleta de dados de forma online através da plataforma Google Forms e também de forma presencial, em todos os períodos: manhã, tarde e noite, sendo que os profissionais dos setores foram orientados sobre o objetivo da pesquisa e diante de seus aceites, eram entregues o questionário HSOPSC (Apêndice B) e duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C).

- Envio de convite para participar da pesquisa a todos os profissionais através do e-mail institucional, com informações do passo a passo de como acessar a pesquisa online e datas para aplicação presencial, sensibilizando-os a participarem (Anexo C).

A aplicação do questionário ocorreu entre os meses março e abril 2022, sendo que 21 profissionais responderam à pesquisa de forma presencial: 40% no ato da abordagem e 60% optaram por fazê-lo em outro momento com recolhimento dos mesmos 4 dias após, pela pesquisadora; 20 profissionais realizaram de forma online. Todos os participantes tiveram seu anonimato preservado.

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os questionários HSOPSC respondidos via plataforma online e os recolhidos presencialmente na instituição foram analisados, sendo computados em uma planilha Excel® 2016.

Os dados descritivos foram analisados por meio de cálculos percentuais de respostas positivas às dimensões sobre cultura de segurança do paciente, definidos como o percentual médio de respostas positivas aos itens componentes da dimensão do HSOPSC.

O percentual de respostas positivas para cada dimensão foi calculado usando a fórmula, proposta por Sorra e Nieva (2004):

$$\% \text{ de respostas positivas ao item da dimensão X} = \left[\frac{\text{número de respostas positivas ao item da dimensão X}}{\text{número total de respostas válidas ao item da dimensão X (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)}} \right] \times 100$$

As respostas foram classificadas conforme sugerem os autores Sorra e Nieva (2004) em:

- Respostas Positivas: referem-se às respostas em que foram assinaladas a opção 4 ou 5 (concordo / concordo totalmente ou quase sempre/sempr) para as sentenças formuladas de forma positiva com relação à segurança do paciente, ou 1 ou 2 (discordo/ discordo totalmente ou nunca/raramente) nas perguntas formuladas negativamente.
- Respostas Neutras: referem-se às respostas em que foram assinaladas a opção 3 (nem discordo nem concordo ou às vezes) para qualquer pergunta.
- Respostas Negativas: referem-se às respostas que foram assinaladas as opções 1 ou 2 (discordo / discordo totalmente ou nunca/raramente) para as perguntas formuladas de forma positiva, ou 4 ou 5 (concordo / concordo totalmente ou quase sempre/sempr) nas sentenças formuladas negativamente.

Desta forma, o percentual de respostas positivas representa uma reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente e permite identificar áreas fortes e frágeis na segurança do paciente.

São consideradas “áreas fortes da segurança do paciente” no hospital aquelas cujos itens escritos positivamente obtiveram 75% ou mais de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”), ou aquelas cujos itens escritos negativamente, obtiveram 75% ou mais das respostas negativas (“discordo totalmente” ou “discordo”).

De modo semelhante, “áreas frágeis da segurança do paciente” e que necessitam de melhoria foram consideradas aquelas cujos itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas (SORRA; NIEVA, 2004).

É importante destacar que as respostas que não foram preenchidas nos itens relacionados às características dos participantes e/ou às dimensões de cultura de segurança, tiveram os valores e porcentagens apresentados, calculados sobre as respostas válidas dos questionários. Assim, as porcentagens diferem de acordo com o número de itens preenchidos para cada variável. Apesar disso, não houve comprometimento nos resultados do estudo, pelo fato dos questionamentos não serem de preenchimento obrigatório.

Os dados foram organizados em banco de dados do Programa Microsoft Excel®. As variáveis quantitativas foram testadas quanto à aderência à curva normal.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Os aspectos éticos deste estudo estão baseados na resolução nº 466 (BRASIL, 2012b), onde está assegurada, inclusive, a privacidade dos sujeitos, acrescentando os aspectos éticos asseverados na Resolução nº 510 (BRASIL, 2016), no

Art. 10 dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

Art. 20 adotam-se os termos e definições:

[...] III - benefícios: contribuições atuais ou potenciais da pesquisa para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, possibilitando a promoção de qualidade digna devida, a partir do respeito aos direitos civis, sociais, culturais e a um meio ambiente ecologicamente equilibrado;

IV - Confidencialidade: é a garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada;

V - Consentimento livre e esclarecido: anuência do participante da pesquisa ou de seu representante legal, livre de simulação, fraude, erro ou intimidação, após esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, sua justificativa, seus objetivos, métodos, potenciais benefícios e riscos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNAERP (Anexo A). Após a aprovação no CEP, para aplicação do questionário de forma *online* foi disponibilizado QRcode e link de acesso à pesquisa contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), enquanto na aplicação do questionário de forma presencial, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue pessoalmente. O TCLE foi lido pelo participante, fornecendo-lhes todas as informações necessárias sobre o estudo.

O termo garantiu o anonimato dos sujeitos na divulgação dos resultados, a liberdade para retirada do consentimento a qualquer momento da pesquisa, bem como nenhuma remuneração pela sua participação.

O projeto, os TCLE's e os questionários respondidos foram armazenados e serão mantidos por um período de, pelo menos, cinco anos após o encerramento do estudo.

2.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa somente seria suspensa diante da percepção de algum risco ou danos aos sujeitos da pesquisa ou diante de outro estudo que tivessem os mesmos propósitos ou apresentassem superioridade metodológica, entretanto, esse fato não ocorreu, permitindo sua continuidade e finalização.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE E SEUS FUNDAMENTOS

No que tange à atenção à saúde, a segurança configura-se em um princípio básico e traduz-se em importante requisito para a qualidade do cuidado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) salienta que embora o cuidado à saúde traga consideráveis benefícios a todos os envolvidos, é preciso compreender que tais questões configuram um problema de saúde pública onde a segurança do paciente é um componente crítico de melhoria da qualidade do cuidado em todo o mundo (*WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009*).

Visto como um componente complexo e fundamental da qualidade nas organizações de saúde, a segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado a cuidados de saúde. É importante destacar que tal compreensão deve ser considerada à luz do paciente, usuário dos serviços de saúde - que pode sofrer erros, entendidos como falhas na realização de ações planejadas (*WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009*).

Barros (2013) destaca que o tema, de relevância internacional, é fruto de um problema inerente ao moderno sistema de cuidados de saúde, no entanto, não se deve atribuir a relação entre os processos de cuidados de saúde e os resultados provenientes dos mesmos a um dilema simplesmente associado aos avanços tecnológicos.

A segurança do paciente ganhou relevância nas discussões a partir da divulgação do relatório do *Institute of Medicine (IOM) To Err is Human* (KOHN; CORRIGAN; DONALSON, 2000) que se tornou referência e estímulo para os profissionais da área da saúde buscarem identificar as inúmeras interfaces que constituem a dimensão fundamental do cuidado e suas implicações na segurança do paciente.

O documento baseia-se em duas pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos (EA's) em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado (BRENNAN et al., 1991; GAWANDE et al., 1999), como já citado nesse trabalho. A partir destes estudos, o termo evento adverso foi definido como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade

presente no momento da alta. Reiterando, o relatório identificou que nos Estados Unidos da América (EUA), cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítimas de EA's.

Estimativas apontam que, em países desenvolvidos, pelo menos um em cada dez pacientes assistidos em instituições hospitalares sofre danos ou lesões decorrentes de procedimentos ou do processo do cuidado. Estes incluem as limitações tecnológicas, de infraestrutura e de recursos humanos (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2008b).

Já o risco de infecção associado aos cuidados assistenciais, em alguns países em desenvolvimento, é de até 20 vezes maior que em países desenvolvidos (BARROS, 2013). É importante salientar que o cuidado inseguro resulta em hospitalização prolongada, diminuição de renda, incapacidade, óbito e gastos que podem chegar entre 6 a 9 bilhões, por ano, em alguns países (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2008b).

Estudos realizados em outros países como Portugal (SOUSA et al., 2011), Turquia (LETAIEF et al., 2011), Suécia (SOOP et al., 2009) e Brasil (MENDES et al., 2009), que utilizaram o mesmo método de estudo, confirmaram uma alta incidência de EA's; sendo que em média, como apontam (DE VRIES et al., 2008) em sua pesquisa, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e destes 50% são evitáveis.

Além dos dados citados, diferentes investigações destacaram de 17 a 24 distintas definições de erro em saúde e 14 de evento adverso (RUCIMAN et al., 2009) o que motivou a OMS a desenvolver a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR PATIENT SAFETY - ICPS*). O Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (apud BRASIL, 2014b) traduziu os conceitos-chave do ICPS para a língua portuguesa, que se apresentam no Quadro 5.

Quadro 5 - Conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety - ICPS*).

Segurança do Paciente	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado a cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
Near Miss	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem Lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: Brasil (2014b).

Pedreira (2009) afirma que é imprescindível que se aprenda tanto a prevenir quanto a corrigir os eventos adversos com o intuito de transformar o sistema de atendimento para prevenção do erro.

Diante das estatísticas, para a maioria das instituições, a segurança do paciente passou a ser uma preocupação que se associa à qualidade do atendimento em um serviço de excelência (ALLEN; CHIARELLA; HOMER, 2010), e levou a OMS a criar em 2004, a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), cujo programa buscou estimular as instituições de saúde a estabelecer sistemas para monitorar os processos que podem acarretar em danos ao paciente, sejam relacionados a assistência, aos equipamentos ou a tecnologia e propôs medidas para reduzir os riscos inerentes a cada processo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Dentre as medidas propostas, a Aliança considera fundamental a realização de pesquisas na área, considerando a relevância do conhecimento para compreender as causas e a extensão dos danos ocasionados, com vistas a garantir um cuidado mais seguro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a).

Corroborando a importante mobilização pela segurança do paciente estimulada pela OMS, no Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA organizou propostas nos moldes do programa mundial destacando a segurança como um dos critérios básicos para se alcançar a qualidade da atenção ao paciente. Um dos avanços nesta área inclui a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 que orientou a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente nas instituições de saúde (BRASIL, 2013b).

Complementando as iniciativas, em 2014, o Ministério da Saúde (MS) publicou o Programa Nacional para a Segurança do Paciente, uma proposta que não se restringe a abordar as questões sobre a segurança do paciente no País, mas também estimula a prática assistencial segura (BRASIL, 2014b).

Como forma de reduzir a incidência de eventos adversos, o IOM definiu seis áreas para aprimoramento frente a segurança do paciente e destacou: a segurança, a efetividade, o cuidado centrado no paciente, a oportunidade, a eficiência e a equidade (BRASIL, 2014b).

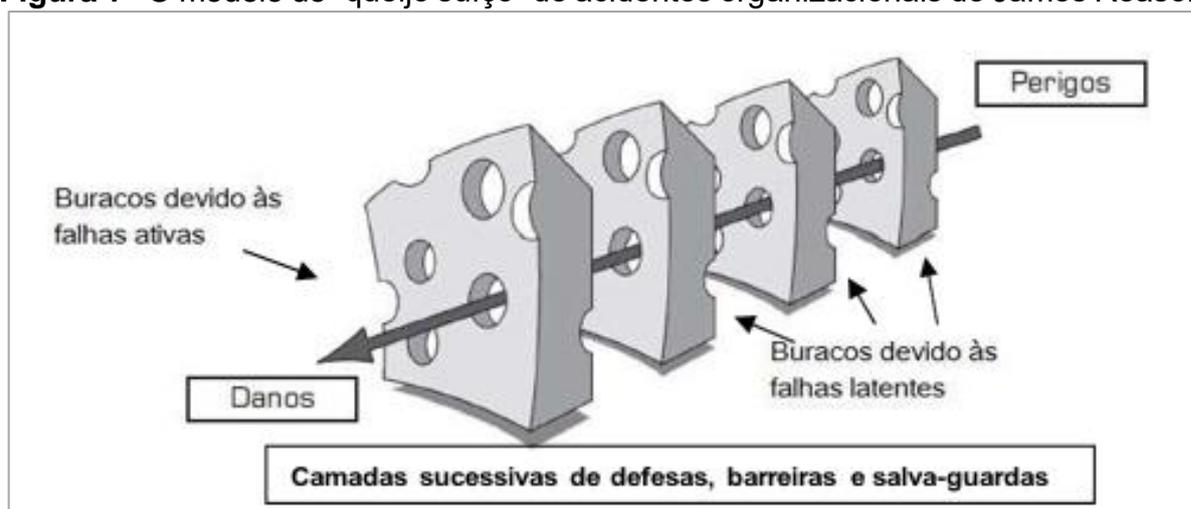
Nesta perspectiva, definiu-se a segurança como o ato de evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado; a efetividade se relaciona à utilização racional dos recursos, evitando subutilização. O cuidado centrado no paciente considera a manutenção de um cuidado respeitoso, valorizando as crenças dos pacientes. A oportunidade está relacionada à diminuição dos tempos de espera potencialmente danosos. Já os termos eficiência e equidade se relacionam, respectivamente, ao cuidado sem desperdício e a manutenção do cuidado, sem variação, independente de características pessoais, localização geográfica ou condição socioeconômica (BRASIL, 2014b).

Neste sentido, Wachter (2013) destaca que um dos aspectos a serem considerados em relação às falhas ocorridas em uma instituição de saúde é a abordagem do profissional. Para o autor, atualmente a abordagem do tema da segurança do paciente tem deixado de ser voltada para a “culpa” do profissional responsável por ocasionar o dano e tem se ampliado a abordagem para um pensamento sistêmico.

Makari e Daniel (2016) explicam que embora o erro humano não possa ser totalmente evitado, é possível explorar o problema de forma mais ampla, reconhecendo pontos de fragilidade a fim de desenvolver sistemas mais seguros, diminuindo a frequência, visibilidade e consequências dos erros.

À luz da teoria do queijo suíço, James Reason (2002) (Figura 1) descreve que a ocorrência de um evento adverso depende do alinhamento de diversos buracos, e estes somados coincidem para um desfecho danoso. Entre os exemplos, citam-se o ser falhas estruturais ou pontuais, má prática ou negligência por parte dos profissionais, comportamentos inseguros ou de risco por parte dos pacientes, entre outros.

Figura 1 - O modelo do “queijo suíço” de acidentes organizacionais de James Reason.



Fonte: Adaptado de Reason (2002).

Ainda corroborando a teoria do queijo suíço, Sousa (2006) complementa que muitas vezes a fonte do problema é desencadeada por múltiplos fatores podendo a sua origem resultar de deficiências ou falhas na estrutura ou no processo de segurança.

Jamais poderemos aluir a possibilidade do erro. Esta é uma característica imutável dos seres humanos, no entanto, é possível transmutar o ambiente no qual ocorrem, construindo um sistema que facilite as ações corretas e dificulte as erradas (REASON, 2002). Para tanto, a implantação de uma cultura de segurança do paciente é fundamental no sentido de aperfeiçoar as ações propostas nos serviços de saúde.

3.2 HISTÓRIA DA CULTURA E SEGURANÇA

A cultura de segurança do paciente diz respeito ao gerenciamento e valores da equipe, igualmente aos sentimentos e normas sobre o que é importante na organização de saúde, como os membros da equipe devem comportar-se, quais as

atitudes e ações são apropriadas ou inapropriadas e quais os processos e procedimentos devem ser recompensados ou punidos com relação à segurança do paciente (SORRA; DYER, 2010).

A história nos mostra que a qualidade em segurança do paciente é alvo de significativo debate pelos estudiosos e para entendermos a evolução e modificações conquistadas, precisamos traçar uma linha do tempo.

No século IV e V, anos de 377-460 a.C., Hipócrates, o pai da medicina, já dizia em seu juramento: “Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo meu poder e entendimento, nunca para causar danos ou mal a alguém” (BUENO; FASSARELLA, 2012).

Em 1847, o médico obstetra Ignaz Semmelweis, uma das figuras importantes na história dessa assistência, identificou que ele e os estudantes de medicina, carregavam em suas mãos, partículas cadavéricas, contaminando as pacientes, o que ocasionava a febre puerperal, que poderia ser reduzida, por meio da higienização das mãos (ATAMAN; VATANOĞLU-LUTZ, 2013).

DE 1853 a 1856, a enfermeira Florence Nightingale, de nacionalidade inglesa, foi trabalhar na Guerra da Crimeia, identificando que as condições em que os soldados se encontravam eram precárias, focando o cuidado na segurança, prestando um cuidado de qualidade, minimizando a mortalidade e infecções (TRAVASSOS; CALAS, 2014).

Passando para 1910, o Dr. Ernest Codman, um cirurgião de Boston, fomentando a assistência de qualidade, estudou o desenlace do atendimento prestado aos pacientes, as falhas apuradas no tratamento que eram modificadas para uma futura assistência com êxito (BUENO; FASSARELLA, 2012).

Já em 1960, nos EUA, foi instituída a prática de verificação do “5 certos”, com o objetivo de promover barreiras que atuassem nas diversas etapas do processo a ser protegido (PANCIERI et al., 2013).

Em 1990, o Brasil começa a dar seus primeiros passos na busca de melhorias da qualidade em segurança do paciente, com a implantação de Programas de Qualidade Hospitalar, como o Compromisso Qualidade Hospitalar (CQH), e o seu próprio modelo, Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) que tinha como um de seus principais propósitos a satisfação do cliente (SHCOLNIK, 2012).

Em 1991, a Universidade de *Harvard Medical Practice Study* publicou o estudo onde foram evidenciados os eventos adversos e negligência em pacientes

hospitalizados no ano de 1984, concluindo que a gestão do cuidado de saúde causa uma quantidade substancial de lesões aos pacientes, e muitas delas resultam de um cuidado de baixa qualidade (TROYEN et al., 1991).

No ano de 1999, o estudo pelo *Institute of Medicine* (IOM) nomeado *To Err is Human* (Errar é humano), apontava a passividade dos médicos em relação aos seus erros. Foram analisados prontuários dos hospitais de Nova York, Utah e Colorado, apontando que cerca de 100 mil pessoas morriam a cada ano, vítimas de eventos adversos (TRAVASSOS; CALAS, 2014).

Chegando aos anos 2000, em 2001, o mesmo Instituto acima citado (IOM), elaborou um plano de notificação de eventos adversos, ordenando a assistência prestada (DUARTE et al., 2015).

Em 2005, aconteceu o primeiro Desafio Global para Segurança do Paciente, com o propósito de promover a higiene das mãos como método sensível e efetivo para a prevenção das infecções (MONTSERAT-CAPELLA, 2013)

No ano de 2006, em Belo Horizonte, ocorreu o primeiro Fórum Internacional sobre Segurança do Paciente e Erro de Medicação (COREn, 2011), e em 2007 deu-se o segundo Desafio Global com o objetivo de promover a segurança dos pacientes em procedimentos cirúrgicos, com a divulgação de uma lista de verificação prévia para a segurança cirúrgica nos serviços de saúde (MONTSERAT-CAPELLA, 2013)

Em 2008, a OMS criou o Programa Pacientes para Segurança do Paciente (PPSP), com o propósito de incluir o paciente em sugestões para sua segurança. (PANCIERI et al., 2013). Também neste mesmo ano, a enfermagem criou a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) e a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética; além de o Ministério da Saúde, lançar o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529 (BRASIL, 2013c), tendo como foco principal a qualificação do cuidado à saúde em todas as instituições.

No ano de 2009, a partir de iniciativas voluntárias, foi fundado o Instituto para Práticas Seguras no Uso dos Medicamentos (ISMP - Brasil), com foco na utilização de medicamentos.

Em 2011, foi criado pelo Ministério da Saúde, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ - AB14, com propósito de incentivo financeiro variável aos municípios com valor associado aos resultados alcançados pelas equipes e pelos municípios (TRAVASSOS; CALAS, 2014).

Conhecendo a história, entendemos o caminho percorrido, as conquistas em prol da Segurança do paciente e a sua importância na redução dos erros, desejando que cada profissional, independente da área de atuação, seja transformador no alcance da qualidade da assistência.

3.2.1 Passos para a segurança do paciente

O Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 529 (BRASIL, 2013c) que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como objetivo apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, envolvendo os pacientes e familiares nas ações de segurança, expandindo o acesso às informações e conhecimentos.

A ANVISA e OPAS se uniram para descrever os protocolos de segurança do paciente que seguem descritos, na Figura 2, obedecendo a sequência: 1. Identificação do paciente; 2. Cuidado limpo e cuidado seguro - higienização das mãos; 3. Cateteres e sondas - Conexões corretas; 4. Cirurgia segura; 5. Sangue e hemocomponentes - administração segura; 6. Paciente envolvido com sua própria segurança; 7. Comunicação efetiva; 8. Prevenção de queda; 9. Prevenção de lesão por pressão e 10. Segurança na utilização de tecnologia.

Figura 2 - Direitos dos pacientes, usuários dos serviços de saúde



Fonte: Brasil (2013a).

A identificação do paciente está prevista na Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999 (SÃO PAULO, 1999) que dispõe sobre os direitos dos pacientes, usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo, e prevê que o paciente tem o direito de ser identificado e tratado pelo seu nome e sobrenome, não devendo ser identificado somente por números ou códigos (SÃO PAULO, 1999). Consiste no cuidado seguro, a qualquer paciente em atendimento na instituição, as pulseiras são essenciais, podendo conter várias tecnologias.

Muitas barreiras dificultam a comunicação, que geram significados relevantes tanto para o trabalhador de saúde como para o usuário, sendo objeto de vários estudos que abordam essa temática. Essas dificuldades decorrem de linguagens e saberes diferentes, nem sempre compartilhados entre os interlocutores, limitações orgânicas do receptor ou emissor (afasias, *déficit* auditivo, *déficit* visual), imposição

de valores e influência de mecanismos inconscientes (DELL'ACQUA et al., 1997). Acrescidos a esses fatores, diferenças de ordem sociocultural e o estágio de desenvolvimento cognitivo e intelectual dos diversos atores sociais influenciam a comunicação. A segurança do paciente pode estar em risco se essa comunicação não for realizada de forma clara e objetiva.

A segurança do paciente inicia com uma prescrição realizada de forma clara, para que não haja confusões devido letra, mas infelizmente nem todas as instituições possuem prescrição eletrônica. O processo de separação dos medicamentos no setor da farmácia, considerando recipientes parecidos e rigor na preparação e aplicação, a equipe médica e de enfermagem deverão realizar a conferência seguindo os 11 certos, sendo eles: 1. Paciente certo; 2. Medicamento certo; 3. Hora certa; 4. Via certa; 5. Dose certa; 6. Tempo certo; 7. Validade; 8. Abordagem; 9. Registro adequado; 10. Orientação e 11. Armazenamento.

A implantação do *check list* reduz a mortalidade e as complicações pós-operatórias, sendo implantadas três fases a serem realizadas na cirurgia, cada uma correspondente a um período específico no fluxo normal de trabalho: (1) antes de iniciar a anestesia; (2) antes de iniciar a cirurgia e após o término do procedimento e (3) antes de o paciente deixar a sala; implantando-se a cirurgia segura.

Outro ponto importante da cirurgia segura (4), envolve o processamento dos artigos. No Brasil, a RDC n. 15 da Anvisa (BRASIL, 2012a), estabelece os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos. Esta norma aplica-se aos Centros de Material e Esterilização (CME) dos serviços de saúde públicos e privados, civis e militares, e às empresas processadoras envolvidas no processamento de produtos para saúde; excetuando-se consultórios odontológicos, consultórios individualizados e não vinculados a serviços de saúde, unidades de processamento de endoscópios, serviços de terapia renal substitutiva e serviços de assistência veterinária.

A lavagem das mãos é essencial e deve ser realizada para prevenção de infecções associadas à assistência de saúde, expressando o cuidado limpo e cuidado seguro (Figura 3).

As Figuras 3, 4 e 5 ilustram as etapas da lavagem das mãos, aplicação de preparação alcoólica e os 5 momentos para higienização das mãos; respectivamente, de acordo com o que estabelece a ANVISA (BRASIL, 2018).

Figura 3 - Etapas da higienização das mãos.



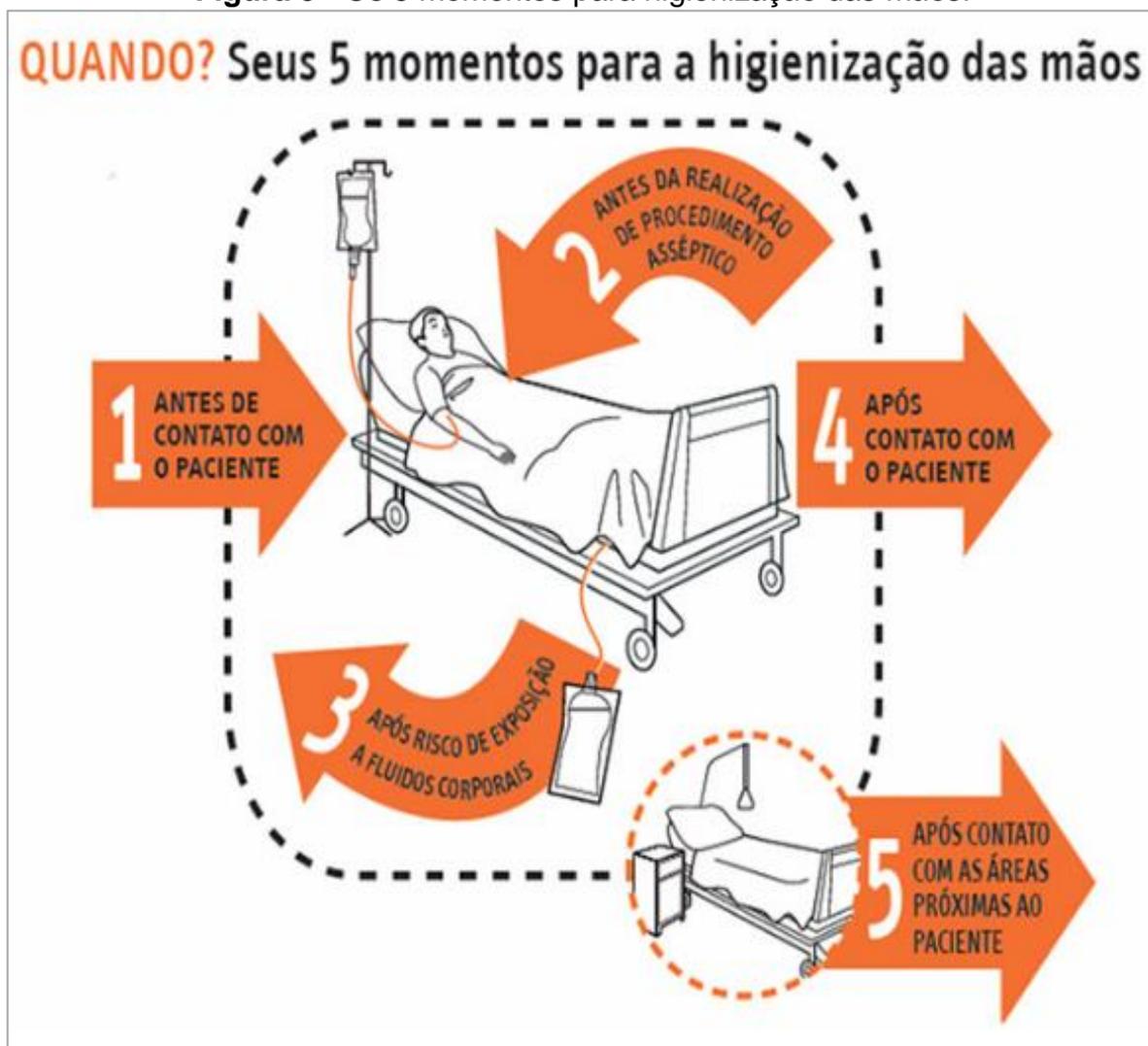
Fonte: Brasil (2018).

Figura 4 - Higienização das mãos com preparação alcoólica.



Fonte: Brasil (2018).

Figura 5 - Os 5 momentos para higienização das mãos.



Fonte: OMS (2008 apud BRASIL, 2013a, p. 96).

A queda é um evento que ocorre quando o paciente vai ao chão ou a algum plano mais baixo em relação à sua posição inicial, não intencional, e as internações nas instituições hospitalares podem ocorrer devido à queda, ou esta pode se dar durante a internação, gerando consequências indesejáveis, podendo comprometer o processo de recuperação, custos do tratamento, a confiança do paciente e familiares na instituição, revelando-se um grande desafio para a melhoria na qualidade da assistência na área da saúde (BRASIL, 2018).

Outro fator muito preocupante, é a ocorrência de lesão por pressão. Segundo a *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) - Painel europeu de aconselhamento sobre lesão por pressão e *American National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) - Painel americano de aconselhamento sobre lesão por pressão definem lesão por pressão como uma lesão localizada na pele e/ou tecidos

subjacentes, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre estas e forças de torção. As LPP também podem ser definidas como áreas localizadas de isquemia e necrose tecidual que se desenvolvem pela compressão prolongada dos tecidos moles entre proeminências ósseas e a superfície externa (ROCHA et al., 2009).

Esses eventos poderão ocasionar ou não uma lesão ao paciente, em caso de quedas, para ambos, aumento do tempo de internação, uso de medicamentos em maior quantidade, risco infecção, transtorno para paciente e família. A qualidade da assistência também pode ser mensurada através deste indicador, pois ambos são considerados eventos adversos, que deverão ser notificados.

3.3 CULTURA DE SEGURANÇA

Diante da complexidade do tema segurança do paciente, a adoção da cultura de segurança mostra-se como item primordial para classificação de uma instituição “mais segura”. É importante destacar que para isso, é necessária a avaliação de aspectos que impactam no ambiente de cuidado e nos processos ali envolvidos (VINCENT, 2009).

Dentre as diversas definições para a cultura de segurança, a mais comumente utilizada foi sugerida pela *Health and Safety Commission (HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE, 1993)* e determina o compromisso, estilo e proficiência administrativa de uma organização por meio dos valores, atitudes, competências e padrões de comportamento das pessoas.

A cultura de segurança é o fator que direciona a atitude dos profissionais para a maior prioridade, que é a segurança do paciente. Ela pode ser definida a partir do resultado de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo que determinam o compromisso com uma instituição segura (NIEVA; SORRA, 2003).

Mesmo com a divulgação da relevância do tema, o IOM (2001), destaca que para melhorar a segurança no sistema de saúde, o maior desafio está em modificar a cultura de que culpa individualmente alguém pelo erro, sem considerar que as falhas são uma oportunidade para melhorar o sistema e prevenir o erro, independente de quem as cometeu.

Aspden et al. (2004) ressaltam que as melhorias na segurança do paciente podem ser alcançadas de forma mais eficiente em instituições que adotam a cultura de segurança. A alta confiabilidade vem da redução de danos sérios aos pacientes e consideram o desenvolvimento da cultura de segurança como fator essencial para alcançar a excelência no cuidado (CHASSIN; LOEB, 2011).

Corroborando com os autores, Halligan e Zecevic (2011) descrevem a necessidade de aferição da cultura de segurança com o objetivo quantificar as debilidades e fortalezas em cada instituição, a fim de favorecer as intervenções de melhoria, tanto das percepções e atitudes, como nos processos de segurança.

No Brasil, as temáticas que trabalham a cultura de segurança do paciente ganharam maior visibilidade após a publicação de um documento onde foram apresentados os principais eixos de trabalho que o Ministério da Saúde focou para fortalecer a qualidade e a segurança dos pacientes no país (BRASIL, 2014b).

O documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2014b) aborda reflexões e conceitos acerca da segurança do paciente e propõe eixos a serem trabalhados a fim de que se crie uma cultura da segurança do paciente.

Além do documento, Sexton et al. (2006) destacam a avaliação do clima de segurança nas instituições de saúde como forma de identificar fragilidades e propor melhorias nos processos. Dos instrumentos mais utilizados, destacam-se o *Culture Safety Survey* (CSS) e o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) por apresentarem associação positiva dos escores obtidos com a melhora nos resultados da assistência prestada aos pacientes (SEXTON et al., 2006). A avaliação dos escores a partir de instrumentos como os acima citados evidencia menor tempo de permanência do paciente na unidade e menor o número de infecções hospitalares.

Entre as ações estimuladas pela OMS para reduzir os riscos de eventos adversos duas foram priorizadas como desafios globais: redução da infecção associada ao cuidado em saúde, por meio da campanha de higienização das mãos, e promoção de uma cirurgia mais segura, pela adoção de uma lista de verificação antes, durante e após o ato cirúrgico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; 2008).

Além destas, no Brasil, outras propostas foram estimuladas pela OMS: prevenção de erros com medicamentos que tenham nomes e embalagens semelhantes; evitar troca de pacientes, ao prestar qualquer cuidado, garantir uma correta comunicação durante a transmissão do caso; retirar as soluções eletrolíticas

concentradas das áreas de internação dos pacientes e controlar a sua utilização; criar mecanismos de controle de soluções eletrolíticas concentradas; garantir a medicação correta em transições dos cuidados (conciliação medicamentosa); evitar a má conexão de tubos, cateteres e seringas (ANVISA, 2013a).

Neste contexto, destaca-se a equipe de enfermagem como atores ímpares que têm um papel fundamental no cuidado ao paciente, seja pelo seu contingente como pela constante e ininterrupta assistência durante os atendimentos de saúde.

Guldenmund (2000), Nieva e Sorra (2003) apresentam estudos nos quais a equipe de enfermagem é avaliada quanto aos aspectos existentes na cultura do seu ambiente de trabalho que podem ser favoráveis ou não para a segurança do paciente.

Buscando compreender a percepção do clima de segurança pelas equipes de enfermagem, Rigobello et al. (2012) desenvolveram um estudo com foco nos atendimentos às unidades clínicas e cirúrgicas em um hospital de ensino. As autoras identificaram por meio do *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Short Form 2006* que a percepção do clima de segurança dos profissionais variou conforme o gênero, a clínica, a categoria profissional e o tempo de atuação; e também que fatores como a satisfação do profissional, o diálogo e o suporte à equipe por parte da administração são essenciais para a garantia da segurança do paciente.

Mello e Barbosa (2013), apontaram em seu estudo com profissionais de enfermagem que atuam na terapia intensiva, algumas recomendações para a melhoria da segurança na sua área de atuação. Dentre as citadas, ocorreu maior número de recomendações para as dimensões de aprendizado organizacional e melhoria contínua onde as sugestões envolvem capacitação e treinamento; dimensão pessoal em relação ao quantitativo e percepção geral de segurança do paciente.

Oliveira et al. (2014), analisaram em seu estudo, estratégias para promover segurança do paciente na visão de enfermeiros assistenciais e sugeriram que os profissionais estão envolvidos diretamente com a assistência ao paciente nas instituições participem ativamente de uma gestão compartilhada para a implantação da cultura de segurança.

Os profissionais envolvidos diretamente no cuidado ao paciente estão constantemente expostos aos riscos inerentes deste trabalho. Assim, é preciso que as medidas de segurança sejam sistematicamente inseridas em todo o processo assistencial, que a cultura de segurança do paciente construída para cada instituição considere a percepção dos sujeitos envolvidos por meio do compartilhamento de

práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução do dano e promoção do cuidado seguro.

Apesar das várias propostas existentes, é importante salientar que o impacto positivo depende da inserção das mesmas em uma instituição com cultura favorável, que valorize a identificação e melhoria das falhas do processo e não alimente uma cultura punitiva que pode levar a inibição dos sujeitos seja por questões hierárquicas ou medo de exposição (NIEVA; SORRA, 2003).

O Quadro 6 compõe-se da relação de vários estudos realizados entre 2013 a 2022 que usaram o questionário HSOPSC para avaliação das unidades hospitalares de várias regiões do Brasil, nos indicando as fortalezas e fragilidades de cada um. Nesta relação, pode-se verificar a riqueza de trabalhos relacionados ao tema segurança do paciente, o que nos faz sentir respeitados, no sentido de poder olhar para o outro pensando no cuidado de forma ampla, com grande responsabilidade.

No Quadro 6 podemos observar que vários estudos obtiveram pouca ou nenhuma dimensão como fortaleza, o que aponta a relevância de se entender os pontos fracos e fortes, para que assim junto as equipes, sejam traçados o avanço para cada uma das dimensões.

Quadro 6 - Estudos realizados no Brasil que utilizaram o questionário HSOPSC para avaliação das dimensões no ano 2013 a 2022. (continua)

Autor(es)	Ano	Título	População/Amostra	Tipo estudo	Conclusão
MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F.	2013	Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem	97 profissionais de enfermagem	Estudo quantitativo, tipo <i>survey</i> , transversal e comparativo.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. Avaliação geral 10 dimensões foram consideradas críticas, abaixo dos 50%. Houve maior número de recomendações para as dimensões “aprendizado organizacional” e “melhoria contínua e percepção geral de segurança do paciente”.
TOMAZONI, A. et al.	2014	Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica	141 prof médicos e de enfermagem	Estudo quantitativo, tipo <i>survey</i> .	Houve uma diferença de respostas pelo cargo que o profissional ocupa e pelo seu tempo de trabalho na profissão, assim como pelo tempo de trabalho em determinada instituição ou unidade.
SOUZA, V. S. et al.	2015	Erros e eventos adversos: A interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde.	71 profissionais de saúde	Estudo descritivo, quantitativo.	As dimensões consideradas frágeis foram o retorno das informações e a resposta não punitiva aos erros.
PINHEIRO, M. P.	2015	Segurança do paciente: diagnóstico e intervenções da educação permanente em um hospital universitário	203 prof enf	Estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. As dimensões mais frágeis foram resposta não punitiva, apoio da gestão hospitalar e passagens de plantão.
SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T.	2015	Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva	88 profissionais de saúde e administrativos	Estudo transversal.	As dimensões consideradas fortalecidas foram expectativas e ações do supervisor e aprendizado organizacional para a melhoria contínua, já a considerada área frágil foi resposta não punitiva ao erro.
TOMAZONI, A. et al.	2015	Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal	141 profissionais (equipe de enfermagem e médica)	Estudo quantitativo, tipo <i>survey</i> .	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. As dimensões mais frágeis foram resposta não punitiva, apoio da gestão hospitalar.
SILVA, A. C. A. B.; ROSA, D. O. S.	2016	Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar	128 profissionais enf	Estudo do tipo <i>survey</i> .	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. As dimensões críticas foram resposta não punitiva e apoio da gestão e comunicação sobre o erro.

(continuação)

Autor(es)	Ano	Título	População/Amostra	Tipo estudo	Conclusão
MACEDO, T. R. et al.	2016	Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas	75 profissionais da prof da enfermagem	Estudo descritivo, quantitativo, do tipo <i>survey</i> transversal.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. As dimensões frágeis foram as respostas não punitivas e apoio da administração do hospital para a segurança do paciente.
RODRIGUES, W. V. D.	2016	Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente entre profissionais de saúde de um hospital público	1273 equi multi	Estudo transversal, descritivo.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. As dimensões frágeis foram as respostas não punitivas e apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente.
TOBIAS, G. C. et al.	2016	Cultura de Segurança em Hospital de Ensino: Fortalezas e Fraquezas percebidas por Enfermeiros	117 enfermeiros	Estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa.	As dimensões fortalecidas foram o trabalho em equipe dentro das unidades e expectativas e ações ao supervisor. As dimensões frágeis foram percepção geral da segurança do paciente; adequação de profissionais; passagem de plantão; resposta não punitiva.
ANDRADE, L. E. L.	2016	Evolução da cultura de segurança em hospitais antes e após a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente	665 profissionais de saúde, sendo 215 na primeira avaliação e 450 na segunda	Delineamento quase-experimental com abordagem descritiva- analítica.	Os hospitais melhoraram em 11 das 12 dimensões avaliadas. O hospital que apresentou maior melhoria foi o estadual seguido do federal e privado.
BORBA NETTO, F. C. B.; SEVERINO, F. G.	2016	Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino do Ceará	128 prof saúde	Estudo observacional, seccional, quantitativo.	As dimensões consideradas fortalecidas foram expectativas e ações do supervisor e trabalho em equipe, já as consideradas frágeis foram em destaque resposta não punitiva ao erro, mas também passagem de plantão e adequação profissional.
LIMA NETO, A. V.	2017	Percepção da cultura de segurança do paciente pelos enfermeiros de unidades de terapia intensiva	45 enfermeiros	Estudo descritivo e exploratório com abordagem mista.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. As dimensões frágeis foram a adequação profissional e respostas não punitivas aos erros.

(continuação)

Autor(es)	Ano	Título	População/Amostra	Tipo estudo	Conclusão
SILVA, M. F.	2017	Cultura de segurança da equipe de enfermagem no serviço de urgência e emergência	104 prof enfermagem	Estudo descritivo de abordagem mista.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. As dimensões frágeis foram respostas não punitivas aos erros; frequência de eventos notificados e adequação de profissionais.
FÉLIX, R. S.	2017	Cultura de segurança do paciente em uma maternidade na perspectiva de usuárias e equipe multiprofissional	62 profissionais da equipe de saúde	Estudo transversal.	Não foram identificadas dimensões fortalecidas. As dimensões frágeis foram apoio da gestão e respostas não punitivas aos erros.
CRUZ, E. D. A. et al.	2018	Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino	645 prof saúde	Estudo tipo <i>survey</i> .	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. A dimensão considerada área crítica foi a resposta não punitiva ao erro.
FASSARELLA, C. S. et al.	2018	Avaliação da cultura de segurança do paciente: estudo comparativo em hospitais universitários	195 enfermeiros	Estudo <i>survey</i> , transversal, comparativo, quantitativo.	Nenhuma dimensão em ambos hospitais foi considerada fortalecida. A dimensão frágil em ambos foi a resposta não punitiva ao erro.
GALVÃO, T. S. et al.	2018	Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário	381 prof saúde	Estudo transversal.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. A dimensão frágil foi a resposta não punitiva ao erro.
ANDRADE, L. E. L. et al.	2018	Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão	215 prof saúde	Estudo observacional transversal.	Comparação geral, foram consideradas fortalecidas, como expectativa ao supervisor e aprendizagem organizacional, várias dimensões foram consideradas frágeis, em destaque para a frequência de eventos notificados e percepção geral da segurança,
TAVARES, A. P. M. et al.	2018	Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem	221 prof enf	Estudo transversal, tipo <i>survey</i> .	A dimensão fortalecida foi o trabalho em equipe dentro das unidades e área frágil foi resposta não punitiva aos erros.
NICÁCIO, M. C.	2019	Cultura de segurança da mulher no parto hospitalar: um estudo misto das percepções dos profissionais de enfermagem e médicos	26 profissionais médicos e de enfermagem	Estudo misto, com desenho sequencial explanatório.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. As dimensões frágeis foram aprendizagem organizacional e melhorias contínuas; trabalho em equipe na unidade e respostas não punitivas aos erros.

(continuação)

Autor(es)	Ano	Título	População/Amostra	Tipo estudo	Conclusão
NOTARO, K. A. M. et al.	2019	Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos	514 profissionais	Estudo tipo <i>survey</i> transversal.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. A dimensão frágil foi resposta não punitiva ao erro.
SERRANO, A. C. F. F. et al.	2019	Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico	209 prof saúde	Estudo quantitativo, transversal.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. As dimensões consideradas frágeis foram respostas não punitivas e percepção geral da segurança.
MORETÃO, D. I. C.	2019	A cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de um hospital de ensino da rede pública de saúde	246 prof equipe saúde	Estudo misto, delineamento descritivo-exploratório.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. A área considerada mais frágil foi respostas não punitivas aos erros.
FASSARELLA, C. S. et al.	2019	Cultura de segurança dos enfermeiros entre os serviços de um hospital universitário	195 enfermeiros	Estudo transversal e quantitativo.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. As áreas consideradas mais frágeis foram apoio da gestão hospitalar, frequência de eventos notificados e percepção geral da segurança do paciente.
BATISTA, J. et al.	2019	Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde	158 prof saúde	Estudo tipo <i>survey</i> .	Nenhuma dimensão foi considerada como fortalecida. As dimensões consideradas frágeis foram o retorno da informação e frequência de eventos notificados.
ABREU, I. M. et al.	2019	Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem	92 profissionais de enfermagem	Estudo transversal e analítico.	A dimensão fortalecida foi aprendizado organizacional e as consideradas frágeis foram abertura para comunicação e feedback e comunicação sobre erros.
OKUYAMA, J. H. H. et al.	2019	Health professionals' perception of patient safety culture in a university hospital in São Paulo: A cross-sectional study applying the Hospital Survey on Patient Safety Culture	314 prof saúde	Estudo transversal.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida, mas infelizmente 9 das 12 dimensões obtiveram resultados frágeis, com destaque para resposta não punitiva aos erros.

(continuação)

Autor(es)	Ano	Título	População/Amostra	Tipo estudo	Conclusão
SCHUH, L. X.; KRUG, S. B. F.; POSSUELO, L.	2020	Cultura de segurança do paciente em unidades de urgência/emergência	112 profissionais enfermagem	Estudo quantitativo transversal.	As dimensões fortalecidas foram expectativas sobre o seu supervisor, percepção geral sobre a segurança e trabalho em equipe dentro das unidades.
LOPEZ, E. C. M. S. et al.	2020	Cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino	381 prof médicos e de enfermagem	Estudo tipo <i>survey</i> transversal.	A dimensão fortalecida no hospital privado foi o trabalho em equipe dentro das unidades, já as frágeis nos hospitais de ensino foram trabalho em equipe, abertura para comunicação e resposta não punitiva.
SANCHIS, D. Z. et al.	2020	Cultura de segurança do paciente: percepção de profissionais de enfermagem em instituições de alta complexidade	467 prof enfermagem	Estudo descritivo e quantitativo.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. As dimensões consideradas frágeis foram abertura para as comunicações e respostas não punitivas aos erros.
PEDRONI, V. S. et al.	2020	Cultura de segurança do paciente na área materno-infantil de hospital universitário	41 profissionais (enfermeiros e médicos)	Estudo transversal.	A dimensão considerada fortalecida foi a ação de promoção de segurança dos supervisores/chefes e a considerada frágil foi a abertura para comunicação.
CARMO, J. M. A. et al.	2020	Cultura de segurança do paciente em unidades hospitalares de ginecologia e obstetrícia: estudo transversal	301 prof saúde	Estudo descritivo, transversal, quantitativo.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida.
MORAES, I. K. N. et al.	2020	Avaliação da cultura de segurança do paciente no setor de hemodinâmica em um hospital privado de São Luis - MA	69 prof de saúde	Estudo transversal, descritivo, quantitativo.	As dimensões fortalecidas foram expectativas sobre o supervisor/chefe, aprendizado organizacional / melhoria continuada, trabalho em equipe dentro da unidade e apoio da gestão hospitalar. A dimensão frágil foi a resposta não punitiva aos erros.
RIBEIRO, R.; SERVO, M. L. S.; SILVA FILHO, A. M.	2021	Perfil da cultura de segurança do paciente em um hospital público.	47 enfermeiros (as) com cargos de coordenadores, supervisão, diretores e enfermeiros de referencia	Estudo exploratório, descritivo, transversal.	A dimensão considerada fortalecida foi a expectativas sobre o supervisor/chefe, já a dimensão frágil foi a resposta não punitiva aos erros.

Autor(es)	Ano	Título	População/Amostra	Tipo estudo	Conclusão
LEMOS, G. C. et al.	2022	Cultura de segurança do paciente em tres instituições hospitalares na perspectiva da equipe de enfermagem	303 prof enfermagem	Estudo quantitativo, transversal e analítico.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. A dimensão considerada frágil nos três hospitais foi o retorno das informações.

Fonte: elaborado pela própria autora (2022).

(conclusão)

3.4 EVENTOS ADVERSOS E SUAS VÍTIMAS

O cuidar da saúde do outro é uma atividade complexa, e os profissionais da saúde a realiza diariamente, sempre com o propósito de prestar uma assistência de qualidade e foco na recuperação do paciente. Mas, infelizmente nesta trajetória, podem ocorrer eventos adversos, que se define em evento clínico não intencional causado ao paciente decorrente da assistência e que pode, ou não, estar associado a um erro que pode causar um dano (MARTINS, 2012).

Quando estamos diante de um EA, não podemos esquecer que estão envolvidas vítimas, sendo: primeira vítima - o paciente, familiares e amigos que o cercam; segunda vítima - o profissional de saúde envolvido no EA; e terceira vítima - a organização, a instituição de saúde (SOLVES et al., 2015).

A primeira vítima é o paciente que sofre com o evento adverso, e também se incluem aí os familiares e amigos que os cercam (MIRA *et al.*, 2015). Conforme já descritos os 10 Passos para Segurança do Paciente, estes têm como propósito a segurança no cuidado, auxiliar na recuperação da saúde do paciente, e não lhe causar danos, e quando isto ocorre, deve se prestar o atendimento de imediato à vítima, para restabelecer a saúde e assistência adequada, com esclarecimentos de dúvidas e informações claras, franca e apoio aos familiares.

Segunda vítima, é qualquer profissional de saúde que participa de um EA, erro médico ou lesão inesperada relacionada ao paciente e que se torna uma vítima no sentido de que está traumatizado pelo evento (SCOTT et al., 2009).

O termo “segunda vítima” foi usado, em 2000, por Albert Wu, professor de política e gestão em saúde na *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*, para descrever o impacto dos eventos adversos nos profissionais de saúde médicos. Alguns sintomas vividos por eles foram descritos na literatura e incluem manifestações de danos psicológico (vergonha, culpa, ansiedade, tristeza e depressão) e cognitivo (insatisfação, desgaste e estresse traumático secundário), além de reações físicas, com impacto negativo em seu organismo.

Não devemos acreditar que o profissional de saúde deixe a sua residência para ir trabalhar, pensando em realizar procedimentos que poderão causar algum dano ao paciente, às equipes de saúde que estão a todo o momento tomando inúmeras decisões que podem ser definitivas para a vida do paciente. A cultura de que o evento ocorrido significa uma consequência policial, ainda permeia este contexto, culpar

somente os profissionais de saúde é uma abordagem corriqueira no meio, representando um ato mais fácil do que direcioná-la a uma assistência, que ainda hoje, a maioria das instituições não possui uma estrutura de acompanhamento, conforme vivência das pesquisadoras.

É evidente que existe um risco de erro humano por trás de cada empreendimento/ação, mas cada pessoa deve ser responsabilizada apenas por atividades sob seu controle. Para a segurança do paciente, os profissionais de saúde devem ter ferramentas e ambiente adequados para executarem as tarefas necessárias e coordenar esforços (SCOTT et al., 2009).

O profissional é vítima do sistema, e na ocorrência do EA, também sofre, desenvolvendo sentimentos como insegurança, principalmente, no retorno das atividades; culpa em relação ao que aconteceu, raiva, com pensamentos relacionados às atitudes que poderia ter realizado para que o evento não ocorresse; vergonha, principalmente das equipes de trabalho; isolamento, se afastando da equipe; questionamentos sobre sua capacidade técnica, receio de problemas legais que podem vir a ter (SCOTT et al., 2009). Este profissional precisa ser acolhido pela instituição, oferecendo uma estrutura adequada para que ele consiga voltar às suas atividades e poder auxiliar as equipes em estratégias para que esses eventos não ocorram novamente.

A terceira vítima é uma organização de saúde que pode sofrer perda de reputação como resultado de um incidente de segurança do paciente (DENHAM, 2007). É necessário criar estratégias de forma a fornecer informações positivas sobre o trabalho assistencial que contribua para gerar confiança na Instituição e nos seus profissionais junto dos doentes, atualizando informações sobre as novas ações em segurança clínica, divulgando notícias de sucessos terapêuticos.

Quando falamos de primeira, segunda ou terceira vítima não podemos comparar, pois o sofrimento é de todos, por isso, a importância da implantação da cultura justa como plano de fundo, realizando tratamento para o evento adverso de forma ética.

Sobretudo, é importante destacar que, anualmente, são realizadas pesquisas nacionais para diagnosticar a implementação e resultados da cultura de segurança nas instituições (ANVISA, 2022).

De acordo com o último Relatório da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, publicado em 2022, ficou evidente,

com os resultados advindos da aplicação da Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente (2021), a necessidade de estimular e gerenciar a implantação de protocolos essenciais de segurança do paciente, uma vez que a efetiva articulação, parceria e devida orientação quanto à importância das práticas de segurança do paciente para a prevenção de eventos adversos pode sensibilizar gestores e profissionais da assistência, estimulando a reflexão e reconhecimento da necessidade de participar do processo anual de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente e identificar oportunidades de melhorias (ANVISA, 2022).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo os 41 (100%) profissionais de enfermagem que atuam em diferentes setores da instituição pesquisada. Os resultados apresentados na Tabela 1 caracterizam os participantes elegíveis neste estudo quanto ao sexo, faixa etária, grau de instrução, cargo/função e tempo de trabalho na área/especialidade.

A análise realizada na população em estudo, 35 (85%) dos participantes são do sexo feminino, predominantemente com idades compreendidas na faixa etária de 31 a 40 anos - 17(44%) da população, seguida de 16(41%) com idades entre 41 a 50 anos; e 02(5%) participantes não relataram suas idades. (Tabela 1)

Com relação ao grau de instrução houve predomínio de participantes 23 (56%) que possuíam o segundo grau completo e 07(17%) com Pós-Graduação Nível *Lato sensu* e apenas 01(2%) com Pós-Graduação *Stricto Sensu* Nível Mestrado/Doutorado; a maioria da população, 21(51%) é de auxiliares de enfermagem. (Tabela 1)

Quanto ao tempo de trabalho na área da enfermagem, prevaleceu na população 15(37%) dos profissionais com 1 a 5 anos e 10(24%) que possuem experiência de 6 a 10 anos na área. Ainda cabe ressaltar que 08 (20%) atuam na área de enfermagem a menos de 1 ano. (Tabela 1)

Tabela 1 - Caracterização dos profissionais de enfermagem do Hospital Universitário Electro Bonini da UNAERP, Ribeirão Preto, 2022.

	Variáveis	N	%
Sexo	Feminino	35	85
	Masculino	6	15
	Total	41	100
	Dados ausentes	0	0
Idade - anos	Menos de 20	0	0
	21-30	4	10
	31-40	17	44
	41-50	16	41
	51-60	2	5
	61 ou mais	0	0
	Total	39	100
	Dados ausentes	2	2
Grau de instrução	Primeiro Grau (Ensino Básico) Incompleto	0	0
	Primeiro Grau (Ensino Básico) Completo	0	0
	Segundo Grau (Ensino Médio) Incompleto	0	0
	Segundo Grau (Ensino Médio) Completo	23	56
	Ensino Superior Incompleto	5	12
	Ensino Superior Completo	5	12
	Pós-Graduação (Nível Especialização)	7	17
	Pós-Graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)	1	2
	Total	41	100
	Dados ausentes	0	0
Cargo/função no hospital	Auxiliar de enfermagem	21	51
	Técnico de enfermagem	10	24
	Enfermeiro	10	24
	Total		
	Dados ausentes	0	0
Tempo de trabalho na área/especialidade - anos	Menos de 1	8	20
	1 a 5	15	37
	6 a 10	10	24
	11 a 15	6	15
	16 a 20	1	2
	21 ou mais	1	2
	Total	41	100
	Dados ausentes	0	0

Fonte: elaborado pela própria autora (2022).

Com relação ao gênero, analisando os estudos, pode-se perceber predominância do sexo feminino também nos achados da literatura, como no estudo realizado por Silva e Rosa (2016) - 97,6%; Tobias *et al.* (2016) - 89,7%, Cruz *et al.* (2018) - 88% e Galvão *et al.* (2018) - 73%.

Segundo uma pesquisa realizada pelo COFEn e Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz (COFEn, 2015) no ano de 2015, 84,6% dos profissionais em atuação na enfermagem no País eram de pessoas do sexo feminino. Historicamente, a enfermagem é uma profissão construída e desempenhada, em sua grande maioria

por mulheres, sendo as precursoras Florence Nightingale na Europa e Anna Nery no Brasil.

Estudo realizado por Spindola e Santos (2003), em um hospital público do Rio de Janeiro apresentam relatos de mulheres, mães e profissionais da enfermagem. Os autores destacam a força e a mudança do contexto social da mulher, que antes dedicava-se exclusivamente ao cuidado da família e da casa, para acúmulo de mais uma função: o trabalho fora de casa.

Ainda Spindola e Santos (2003) apontam a angústia das mulheres em não conseguirem acompanhar o crescimento dos filhos, auxiliar como gostariam nos estudos, na educação e muitas vezes abrir mão do convívio com os amigos - contrapondo-se à realização profissional, independência financeira e o sentir-se respeitada.

Ser mulher, mãe e trabalhadora da enfermagem inclui enfrentar as dificuldades impostas pela vida, um desafio constante para o gênero, uma sucessão de sentimentos e sensações que permeiam o viver de cada uma, delineando e revelando suas histórias de vida, uma superação diária.

Com relação a faixa etária, Tobias et al. (2016) apontam que 40,6% tinham idades entre 24 a 64 anos; já no estudo de Santiago e Turrini (2015) 37,3% tinham entre 21 a 58 anos e de Sanchis et al. (2020), 60,8% participantes estavam com idades entre 20 e 39 anos.

As instituições necessitam de equipes engajadas e coesas, que saibam lidar com as adversidades e conflitos diários, e a idade muitas vezes traz a maturidade e a bagagem necessária para os fatores decisivos, mas é importante lembrar que a instituição deve investir em treinamentos, orientações, a escuta, o diálogo, para que os profissionais se sintam respeitados, ouvidos, colaborando com a evolução e qualidade da assistência (LEMOS et al., 2022).

Quanto ao grau de instrução, a maioria dos profissionais possuía o segundo grau completo, corroborando os dados do estudo realizado por Abreu *et al.* (2019) que nos trouxe resultado de 43,5%, de Schuh, Krug e Possuelo (2020) com 58,2% e de Sanchis et al. (2020), 83,9%. Esse grau de instrução é obrigatório para a o auxiliar e técnico de Enfermagem, que é a maioria da categoria em exercício na Enfermagem - Lei nº 7.498 (BRASIL, 1986).

Ao encontrarmos os auxiliares de enfermagem como mais de 50% da categoria contratada no hospital do estudo, ao analisarmos os estudos em que auxiliares e

técnicos de enfermagem participaram, em sua totalidade, a maior categoria era técnicos de enfermagem, contrapondo nossos achados, mostrando que as instituições já optam pela contratação desta categoria como Mello e Barbosa (2013); Tomazoni et al. (2014); Souza et al. (2015); Pinheiro (2015); Santiago e Turrini (2015); Tomazoni et al. (2015); Silva e Rosa (2016); Macedo et al. (2016); Rodrigues (2016); Andrade (2016); Borba Netto e Severino (2016); Silva (2017); Félix (2017); Cruz et al. (2018); Galvão et al. (2018); Andrade et al. (2018); Tavares et al. (2018); Nicácio (2019); Notaro et al. (2019); Serrano et al. (2019); Moretão (2019); Batista et al. (2019); Abreu et al. (2019); Okuyama et al. (2019); Schuh, Krug e Possuelo (2020); Lopez et al. (2020); Sanchis et al. (2020); Pedroni et al. (2020); Carmo et al. (2020); Moraes et al. (2020) e Lemos et al. (2022).

Quanto ao tempo de trabalho na área da enfermagem, observamos 25 (61%) dos profissionais possuem experiência na área de 1 a 10 anos, conferindo uma bagagem importante de conhecimento na assistência.

Estudo realizado no ano de 2020, por Moraes e colaboradores, demonstra resultado análogo à pesquisa em questão, apontando que 41% da equipe de enfermagem pesquisada trabalham na profissão entre 1 a 5 anos e 32% de 6 a 10 anos, totalizando 73% dos profissionais com até 10 anos de experiência na área, à disposição da Instituição. A experiência dos profissionais nos traz uma vivência para a prática em saúde com foco em novos saberes, ampliando o conhecimento, promovendo a obtenção de resultados positivos no trabalho realizado, promovendo um cuidado contínuo e de qualidade ao paciente, propiciando ainda uma organização do processo de cuidar capaz de gerar informações que, quando compartilhadas e analisadas pela equipe, modificam condutas e pode gerar novos conhecimentos.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos profissionais por área/unidade de trabalho, tempo de trabalho no hospital, carga horária semanal, tempo de trabalho na atual área/unidade e contato com paciente.

Quanto a Unidade de trabalho dos profissionais, identificou-se que a maior porcentagem se concentram na clínica cirúrgica e obstétrica, perfazendo um total de 12 (29%) em cada local, totalizando 24 (58%) da população. (Tabela 2)

Analisando o tempo de atividade no Hospital Electro Bonini, 18 (44%) trabalham entre 1 a 5 anos e 12 (29%) profissionais entre 6 a 10 anos.

Tabela 2 - Principal área/unidade de trabalho, tempo de trabalho no hospital, carga horária semanal, tempo de trabalho na atual área/unidade e contato com paciente - Hospital Universitário Electro Bonini da UNAERP, Ribeirão Preto, 2022.

	Variáveis	N	%
Principal área/unidade de trabalho no hospital	Diversas áreas/nenhuma específica	5	12
	Clínica (não cirúrgica)	0	0
	Cirurgia	12	29
	Obstetrícia	12	29
	Pediatria	0	0
	Setor Emergência	2	5
	Unidade de Terapia Intensiva (qualquer tipo)	0	0
	Psiquiatria / Saúde Mental	0	0
	Reabilitação	0	0
	Farmácia	0	0
	Laboratório	0	0
	Radiologia	0	0
	Anestesiologia	0	0
	Outras	10	24
	Total	41	100
Dados ausentes	0	0	
Tempo de trabalho neste hospital - anos	Menos de 1	7	17
	1 a 5	18	44
	6 a 10	12	29
	11 a 15	3	7
	16 a 20	1	2
	21 ou mais	0	0
	Total	41	100
	Dados ausentes	0	0
Carga horária semanal - horas	Menos de 20	1	2
	20-39	27	66
	40-59	11	27
	60-79	2	5
	80-99	0	0
	100 ou mais	0	0
	Total	41	100
	Dados ausentes	0	0
Tempo de trabalho na atual área/unidade neste hospital - anos	Menos de 1	8	20
	1 a 5	15	37
	6 a 10	10	24
	11 a 15	6	15
	16 a 20	1	2
	21 ou mais	1	2
	Total	41	100
	Dados ausentes	0	0
Contato com o paciente	Em geral - Contato direto	37	90
	Em geral - Não tem contato direto	4	10
	Total	41	100
	Dados ausentes	0	0

Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

Ao analisarmos os estudos disponíveis na literatura observa-se que alguns ocorreram em setores específicos, como: UTI Adulto - Mello e Barbosa (2013); Santiago e Turrini (2015) - incluiu setor administrativo do setor; UTI Neonatal - Tomazoni et al. (2014) e (2015), Notaro et al. (2019); Emergência - Silva (2017) e Schuh, Krug e Possuelo (2020); Centro cirúrgico - Abreu et al. (2019) e Lopez et al. (2020); Maternidade - Félix (2017) e Carmo et al. (2020); Pediatria - Macedo et al. (2016); Materno-infantil - Pedroni et al. (2020); Hemodinâmica - Moraes et al. (2020). Já os estudos realizados por Souza et al. (2015); Pinheiro (2015); Silva e Rosa (2016); Rodrigues (2016); Andrade (2016); Borba Netto e Severino (2016); Cruz et al. (2018); Galvão et al. (2018); Andrade et al. (2018); Tavares et al. (2018); Nicácio (2019); Serrano et al. (2019); Moretão (2019); Batista et al. (2019); Okuyama et al. (2019); Sanchis et al. (2010) e Lemos et al. (2022) não elegeram setores específicos, abrangeram várias unidades da instituição, como as clínicas médica e cirúrgica, pronto socorro, podendo assim serem analisados vários perfis.

A aplicação do questionário selecionado para o presente estudo pode ser realizada em um setor específico, mas também em várias áreas das instituições, não necessariamente somente com as equipes de saúde, mas abranger todos os setores, desde que a carga mínima de trabalho do profissional seja de no mínimo 20 horas, possibilitando avaliar a cultura de segurança em vários aspectos, sendo de forma individual, por setor; ou de forma ampla do hospital. O foco é avaliar a cultura de segurança já implementada, buscando manter os métodos bem sucedidos, reforçando os que ainda estão em andamento, identificando as áreas de maior fragilidade, em que são necessárias implantações de melhorias, almejando cada vez mais a qualidade da assistência. (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012)

Com relação às investigações relacionadas ao tempo de atuação na Instituição onde as pesquisas ocorreram, em sua maioria, os profissionais atuavam na empresa entre 1 a 5 anos como 33,97% dos profissionais por Serrano et al. (2019); Batista et al. (2019) levantou 41,1% dos entrevistados e Abreu et al. (2019) - 40,2%. Essas informações nos mostra que apesar de todo risco que permeia a profissão, geralmente, as equipes que sentem segurança e que conhecem os procedimentos costumam ser mais motivadas. Essa motivação pode ser atribuída ao tempo de trabalho na instituição, uma vez que possibilita ao profissional ter maior conhecimento das rotinas, protocolos e a facilidade de auxiliar de forma mais efetiva no processo de trabalho. Ademais, de acordo com a experiência das pesquisadoras, os profissionais

se sentem valorizados por terem sua segurança e bem-estar encarados como prioridade pela organização, fazendo com que realizem suas tarefas com maior empenho e se relacionem melhor com as demais equipes da instituição, sejam elas administrativas ou assistenciais.

A média de carga horária semanal dos participantes do presente estudo variou entre 20h a 59h semanais, como ocorreu na investigação de Galvão et al. (2018); Batista et al. (2019) e Schuh, Krug e Possuelo (2020) que apontaram entre 65% a 70% para os profissionais com carga horária entre 29h a 39h, ou seja, a maioria da população avaliada no estudo vigente e na literatura faz parte da equipe assistencial, são os profissionais que lidam direto com o paciente, e entendemos que são principalmente nestes profissionais que a gestão do serviço deve investir em treinamentos, na educação continuada para que sejam multiplicadores da segurança no atendimento, pois são profissionais que têm ampla visão, sendo essenciais no monitoramento da rotina hospitalar.

O contato com o paciente também foi um aspecto pesquisado e 37(90%) dos profissionais tinham o contato contínuo e direto com o paciente, os demais 4(10%) desempenham funções administrativas, corroborando os resultados de Galvão et al. (2018) onde 81% dos seus entrevistados mantinham contato direto com o paciente, Carmo et al. (2020) - 95% e Moraes et al. (2020) - 87% dos profissionais prestavam assistência direta.

Quanto ao tempo em que trabalham na mesma área na Instituição 15 (37%) entre 1 a 5 anos e 10 (24%) entre 6 e 10 anos, mostrando diferenças com as pesquisas que encontraram resultados acima de 50% para o trabalho entre 1 a 5 anos, na mesma área da Instituição, como no estudo de de Mello e Barbosa (2013) que identificaram 59,8% dos participantes e após 7 anos este perfil não se modificou, como descrevem Moraes et al. (2020) que apontaram 52%, além de Ribeiro, Servo e Silva Filho (2021) que encontraram 55% dos profissionais.

4.2 ANÁLISE QUANTITATIVA DAS RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES AOS ITENS DAS DIMENSÕES SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE

As respostas dos participantes demonstram a cultura de segurança para cada dimensão que envolve a segurança do paciente e foram organizadas em respostas positivas, neutras e negativas.

A Figura 6 nos apresenta as respostas favoráveis para o cuidado com a segurança do paciente no nível hospitalar.

As dimensões relacionadas ao nível hospitalar “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas” (89%), “expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores” (77%), “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” (76%), “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” (79%) e o “Trabalho em equipe entre as unidades” (72%) apresentaram os maiores percentuais e foram considerados como pontos fortes da cultura de segurança do paciente.

Os itens que abordaram a “Passagem de plantão/turno e transferências internas” (44%) e “Resposta não punitiva aos erros” (48%) foram considerados como pontos de melhorias.

Figura 6 - Percentual de respostas favoráveis à Instituição nas dimensões referentes ao cuidado com a segurança do paciente no nível hospitalar no Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.



Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

Por meio da análise das dimensões, é possível identificar os pontos fortes, neutros e frágeis da Instituição.

O estudo que mais obteve resultados favoráveis, fortalecidos para as dimensões semelhantes às do presente estudo, foi o realizado por Moraes et al. (2020), que contou com a contribuição de 69 profissionais da enfermagem do setor de Hemodinâmica de um hospital privado de São Luís/MA, considerando: a “aprendizagem organizacional”, “expectativas sobre o seu supervisor/chefe”, “trabalho

em equipe dentro das unidades” e o “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”. Realizando comparações dos resultados com os encontrados no HEB/SP, o hospital de São Luís/MA obteve maiores percentuais de respostas em três dimensões, respectivamente: “expectativas sobre o seu supervisor/chefe - 77% e 79%”, “aprendizagem organizacional” - 76% e 90%, “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” 79% e 91%. Entretanto, na dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades”, o Hospital São Luís obteve resultado de 78%, e as respostas para o HEB atingiram 89%.

Acreditamos que ter o apoio da gestão hospitalar promove a ligação entre a assistência com qualidade e a gestão, favorecendo que os processos sejam otimizados, permitindo tomada de decisões mais rápidas, aumentando a segurança do paciente. (MORAES et al., 2020)

Em contraposição, analisando um total de 36 estudos realizados no Brasil, verificou-se que 26(72%) deles não encontraram dimensões fortalecidas, o que demonstra dado relevante que necessita ser profundamente investigado, pois é um dos aspectos que compõe a segurança do paciente e, diante dessas informações, esta pode estar em risco (MELLO; BARBOSA, 2013; TOMAZONI et al., 2014; SOUZA et al., 2015; PINHEIRO, 2015; SANTIAGO; TURRINI, 2015; TOMAZONI et al., 2015; SILVA; ROSA, 2016; MACEDO et al., 2016; RODRIGUES, 2016; BORBA NETTO; SEVERINO, 2016; SILVA, 2017; FÉLIX, 2017; CRUZ et al., 2018; FASSARELLA et al., 2018; GALVÃO et al., 2018; NICÁCIO, 2019; NOTARO et al., 2019; SERRANO et al., 2019; MORETÃO, 2019; FASSARELLA et al., 2019; BATISTA et al., 2019; OKUYAMA et al., 2019; SCHUH; KRUG; POSSUELO, 2020; SANCHIS et al., 2020; CARMO et al., 2020; LEMOS et al., 2022).

Ainda analisando os mesmos 36 estudos, detectamos que 26(72%) deles mostraram que os profissionais entendiam como uma dimensão crítica a “resposta não punitiva ao erro”, pois acreditam que os erros sempre recaem no profissional, não sendo analisado corretamente o contexto em que ocorreu (TOMAZONI et al., 2014; SOUZA et al., 2015; PINHEIRO, 2015; SANTIAGO; TURRINI, 2015; TOMAZONI et al., 2015; SILVA; ROSA, 2016; MACEDO et al., 2016; RODRIGUES, 2016; TOBIAS et al., 2016; BORBA NETTO; SEVERINO, 2016; SILVA, 2017; FÉLIX, 2017; CRUZ et al., 2018; FASSARELLA et al., 2018; GALVÃO et al., 2018; TAVARES et al., 2018; NICÁCIO, 2019; NOTARO et al., 2019; SERRANO et al., 2019; MORETÃO, 2019;

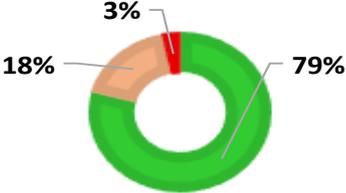
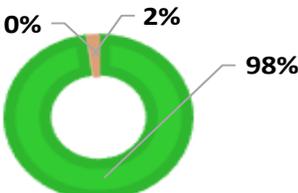
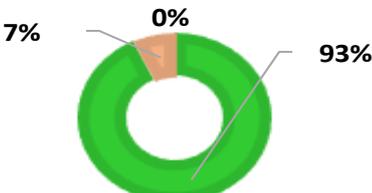
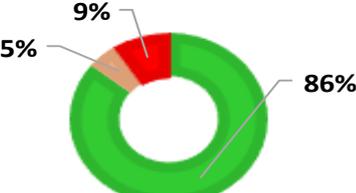
OKUYAMA et al., 2019; LOPEZ et al., 2020; SANCHIS et al., 2020; MORAES et al., 2020; RIBEIRO; SERVO; SILVA FILHO, 2021).

Com relação a “passagem de plantão/turno e transferências” dos 36 estudos analisados, 3(8%) também identificaram como dimensão frágil, necessitando ser avaliada mais de perto, pois a segurança do paciente estará comprometida, podendo ocasionar um E.A, levando a consequências com ou sem comprometimento ao paciente, a equipe e instituição, como relatam Silva e Rosa (2016); Tobias et al. (2016) e Andrade et al. (2018).

As Figuras de 7 a 18 apresentam as respostas positivas ilustradas na cor verde, as neutras na cor rosa e negativas na cor vermelha, dos membros da equipe de enfermagem para as dimensões solicitadas.

O “trabalho em equipe dentro das unidades”, se mostra como uma dimensão forte em todos os seus aspectos, como demonstrado na Figura 7.

Figura 7 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.

1 - Trabalho em equipe dentro das unidades: 89%	Positiva 	Neutra 	Negativa 
<p>A1. Nesta unidade as pessoas apoiam uma às outras</p> 	<p>A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente</p> 		
<p>A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito</p> 	<p>A11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam</p> 		

Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

O estudo realizado por Schuh, Krug e Possuelo (2020) contou com a participação de 112 profissionais da enfermagem de uma unidade de urgência e emergência de um hospital do Rio de Janeiro e também observou a dimensão “ações promotoras de segurança e trabalho em equipe dentro das unidades” como áreas de fortaleza.

A dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades”, também foi considerada fortalecida em vários estudos como de Tavares et al. (2018) - com 221 profissionais da enfermagem em um hospital do nordeste paulista; Lopez *et al.* (2020) na pesquisa com 381 profissionais médicos e de enfermagem em três hospitais de ensino paranaense; Tobias et al. (2016) que trabalhou com 117 enfermeiros de um hospital de ensino da cidade de Goiânia/GO e Borba Netto e Severino (2016) na investigação que fez em um hospital público de referência de Fortaleza/CE, com 128 profissionais da saúde.

A palavra “equipe” está etimologicamente associada à realização de tarefas, de trabalhos compartilhados entre indivíduos, que do seu conjunto coletivo extraem o sucesso para a realização pretendida. Assim, o conceito de equipe consolida-se como um conjunto de pessoas que têm uma vinculação entre si para a realização de um objetivo comum, como assinala Sousa e Hamann (2009); situação que favorece a consolidação da segurança do paciente e da equipe durante a assistência, por exemplo.

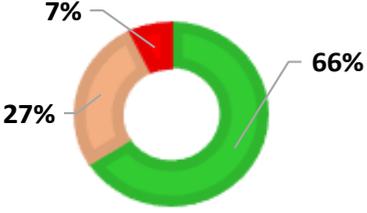
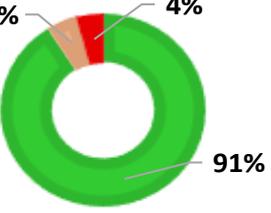
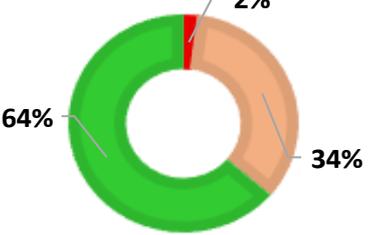
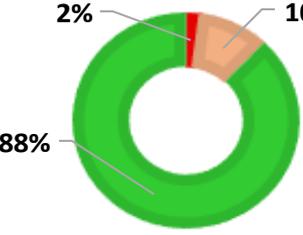
Segundo Duarte (2011), quando os grupos se constituem em equipe, conseguem realizar tarefas que grupos comuns não fazem, são mais criativos e eficientes na resolução de problemas, produzem mais e com maior qualidade, desenvolvem maior autonomia e são mais motivados, ajudam na escolha das terapias mais adequadas, logo, quando a equipe é formada por muitos profissionais que atendem ao conceito de equipe na execução de suas tarefas, maiores serão as chances de o paciente ter seu caso investigado de um modo mais detalhado e com maiores critérios nas decisões. Em síntese, por consequência, essa forma de trabalho eleva a qualidade da assistência e possibilita o alcance de melhores resultados nos tratamentos.

Para Tartaglia (2013), Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua e

percepções comuns sobre a importância de segurança e efetividade de ações preventivas. Uma organização com uma cultura de segurança efetiva é aberta e justa com seus funcionários quando incidentes ocorrem; os funcionários sentem-se motivados a relatar o erro; aprende-se com os erros ao invés de culpar os indivíduos, e procura-se olhar para o que deu errado dentro do sistema (TARTAGLIA, 2013).

Considerando a Figura 8, as “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança”, ilustra no item B2 um ponto forte sobre o supervisor uma vez que na visão dos entrevistados, o supervisor considera importante a sugestão dos profissionais sobre a segurança do paciente, trazendo a equipe para auxiliar nas melhorias da unidade, pensando na melhoria da segurança.

Figura 8 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras de segurança” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.

2. Expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança: 77%	Positiva 	Neutra 	Negativa 
<p>B1.O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente</p> 	<p>B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente</p> 		
<p>B3R. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas</p> 	<p>B4R. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente</p> 		

Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

O item B4R pode ser classificado como positivo, já que 87 (88%) entrevistados discordam que seus supervisores não dão atenção suficiente aos erros que ocorrem repetidamente na Instituição. Tal dado se mostra relevante e apresenta um perfil relacionado ao comportamento dos supervisores e às preocupações com os erros que ocorrem na instituição.

Este resultado é análogo a alguns encontrados em estudos brasileiros como de Kawamoto et al. (2016) realizado com 76 profissionais de saúde de um hospital Universitário da cidade do Paraná onde identificaram que mais de 53(70%) dos participantes tinham uma percepção de cultura de segurança favorável à liderança

imediate; Schuh, Krug e Possuelo (2020) contou com a participação de 112 profissionais da enfermagem de uma unidade de urgência e emergência de um hospital do Rio de Janeiro, onde 87(78,5%) da equipe considera a dimensão “expectativas sobre o seu supervisor” como áreas de força; Pedroni et al. (2020), em pesquisa realizada no Sul do País, analisou a cultura de segurança na área materno infantil em um hospital universitário e contou com 41 profissionais médicos e de enfermagem, a dimensão sobre os supervisores/chefes para 32(78,2%) foi considerada uma fortaleza; Santiago e Turrini (2015) em sua pesquisa realizada em três hospitais públicos do município de Sumaré/SP, com 88 profissionais da saúde e administrativos, evidenciou que 66(75,4%) dos profissionais consideravam as expectativas ao supervisor favorável e Andrade (2016), no Rio Grande do Norte, com a participação de 665 profissionais da saúde encontraram a mesma percepção de cultura de segurança favorável as “expectativas sobre o seu supervisor/chefe”, com resultado de 574(86,4%), o que nos mostra que as supervisões estão empenhadas na melhoria da segurança do paciente.

Os resultados favoráveis para as dimensões “expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/chefe” e “trabalho em equipe dentro das unidades”, também foram positivos no estudo de Tobias et al. (2016), pesquisa realizada em um hospital de ensino de Fortaleza, com 117 enfermeiros, onde 82(70%) considerou a dimensão como fortaleza e de Borba Netto e Severino (2016), em um hospital público do Ceará que avaliou 128 profissionais da saúde e 101(79%) também considerou positiva a dimensão em relação ao seu supervisor, pois em ambos observaram uma união dos profissionais no atendimento em prol da segurança do paciente.

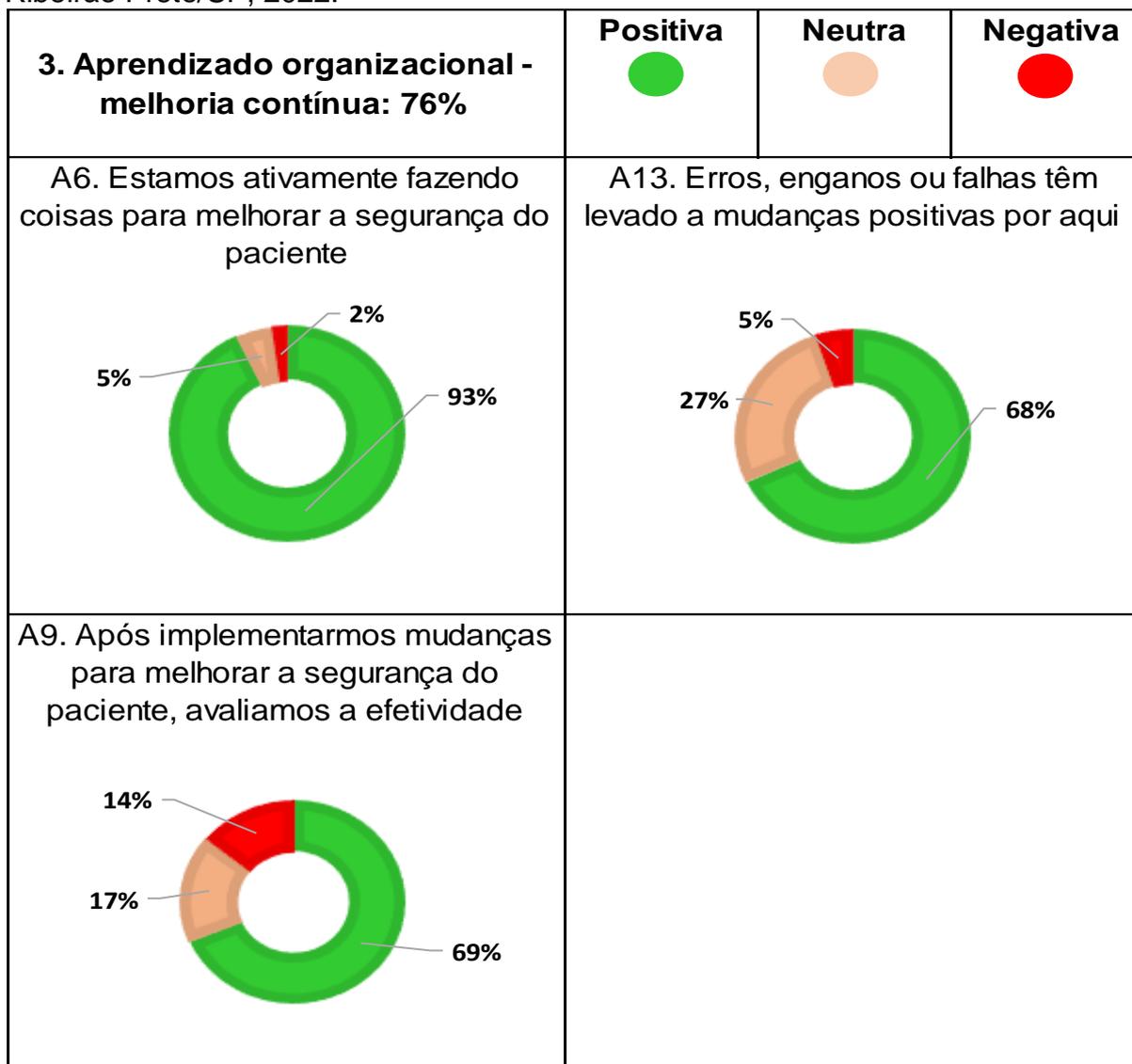
A maior porcentagem de profissionais deste estudo é de auxiliar de enfermagem e, conseqüentemente, seus supervisores diretos são os enfermeiros, os principais responsáveis pela organização do trabalho das unidades prestadoras de assistência, a liderança em enfermagem é fundamental para o gerenciamento e coordenação dos diferentes membros das equipes de saúde, sendo essas o reflexo das suas ações. (TOLEDO et al., 2021).

Reforçando a perspectiva favorável à cultura de segurança do paciente relacionada à liderança imediata dos profissionais entrevistados, grande parte acredita que seus gerentes consideram importantes os problemas relacionados à segurança do paciente que acontecem com frequência.

O exercício da liderança em saúde, especialmente no âmbito hospitalar, é uma necessidade desafiadora para alcançar objetivos em comum. Segundo Pereira et al. (2016), os líderes imediatos dos profissionais entrevistados, possivelmente, tomam sua ação gerencial como um fator promotor da segurança do paciente, à medida que elogiam seus liderados quando estes buscam medidas promotoras da segurança; consideram novas sugestões da equipe; bem como consideram importantes os problemas relacionados à segurança na sua unidade gerenciada.

Na Figura 9, na dimensão “aprendizado organizacional - melhoria contínua”, identificou-se no item A6 que 38(93%) dos participantes acreditam que os profissionais estão ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente. Os itens A9 e A13 desta dimensão foram classificados como neutros, mas ambos com percentuais próximos a serem considerados um ponto forte.

Figura 9 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão “aprendizado organizacional/melhoria contínua” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.



Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

Neste presente estudo, investigações acerca da avaliação, após a implementação das mudanças para melhorar a segurança do paciente, 28(69%) dos entrevistados responderam positivamente, sendo que no item A13 do 28(68%) dos participantes afirmam que os erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas. (Figura 9)

Conforme já citados neste trabalho, estudos realizados por Santiago e Turrini (2015) e Andrade (2016) também apontam a dimensão “aprendizagem organizacional e melhoria contínua”, como forte, reiterando que há um empenho na troca de informação, atividades de educação continuada; Abreu et al. (2019) em seu estudo com 92 profissionais da enfermagem do centro cirúrgico de um hospital de

Teresina/PI, encontrou resultado fortalecido para a dimensão de “aprendizagem organizacional” - o que mostra a preocupação com a atualização das informações e técnicas da equipe.

Avaliando a figura 10, que se pauta nas respostas dos membros da equipe de Enfermagem aos itens da dimensão “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” podemos identificar que os estudos analisados na presente pesquisa, sobre seus itens, não encontraram essas dimensões de forma fortalecida, como no estudo de Netto (2016) em um hospital público do Ceará com 128 profissionais da saúde, que aponta resultado neutro para as dimensões: frequência de eventos relatados com 68(53%), trabalho entre as equipes 65(51%), apoio da gestão com 78(61%), retorno da informação 69(54%) e abertura da comunicação 66(52%); já as dimensões frágeis foram: adequação profissional 46(36%), passagem de plantão 58(45%) e percepção geral da segurança com 56(44%).

Ainda considerando essa dimensão, outro estudo analisado foi o realizado por Fassarella et al. (2018), em dois hospitais: um no Rio de Janeiro e o outro no Porto (Portugal), somente com enfermeiros, onde não encontrou dimensões fortalecidas, apenas neutras e frágeis, conforme exemplificado no Quadro 7.

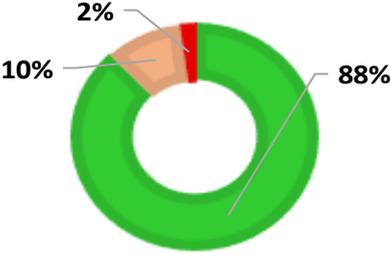
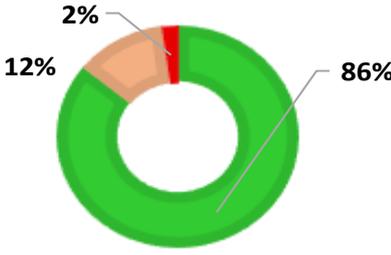
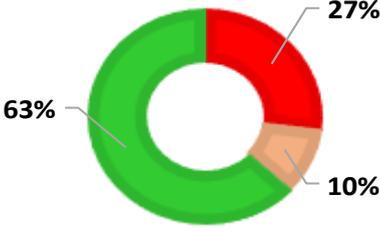
Quadro 7 - Unidades de análise de conteúdo da pesquisa realizada no Brasil e Portugal, por Fassarella et al. (2018).

Dimensões Mensuráveis da Cultura de Segurança	Brasil	Portugal
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	15%	48%
Percepção geral da segurança do paciente	36%	56%
Retorno das informações e da comunicação sobre incidentes	39%	54%
Abertura da comunicação	59%	56%
Frequência de eventos notificados	29%	30%
Trabalho em equipe entre as unidades	23%	51%
Adequação de profissionais	34%	43%
Passagens de plantão/turno e transferências internas	36%	66%

Fonte: Fassarella et al. (2018)

A Figura 10 ilustra os percentuais de respostas dos participantes sobre o “apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”. Esta dimensão apontou ótimos resultados, sendo dois pontos fortes: o clima de trabalho que a instituição promove para a segurança do paciente com 36(88%) das respostas e as ações da direção do hospital, demonstrando que a segurança do paciente é uma prioridade, apontadas em 35(86%); dados ratificados por 26(63%) dos participantes que discordaram sobre a direção do hospital só estar interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.

Figura 10 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.

4. Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente: 79%	Positiva 	Neutra 	Negativa 
<p>F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente</p> 	<p>F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal</p> 		
<p>F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso</p> 			

Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

Tomazoni et al. (2015), em sua pesquisa em quatro unidades de terapia intensiva neonatal, com a equipe de enfermagem e médica da grande Florianópolis, identificou que esta dimensão “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” foi considerada frágil.

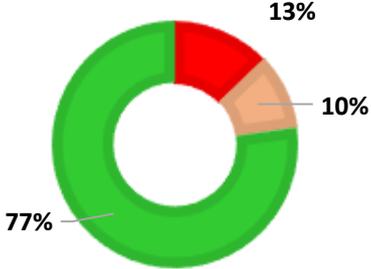
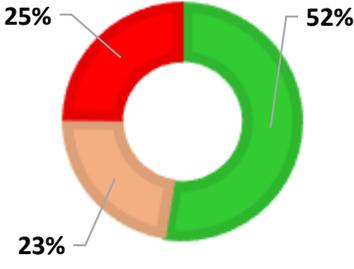
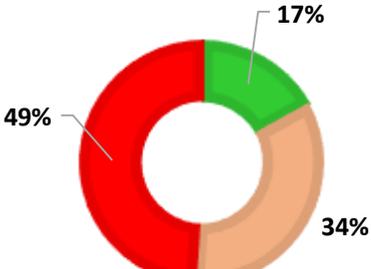
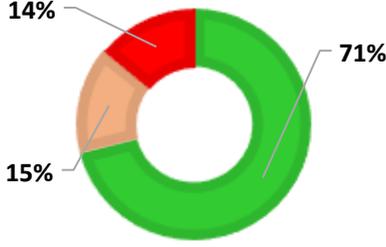
A forma de gerir as instituições de saúde irá influenciar diretamente nas atitudes dos profissionais (TOMAZONI et al., 2015). Desta forma, incentivar a construção de estruturas engessadas, verticalizadas e com decisões de cima pra baixo, sem a comunicação efetiva entre os gestores e a equipe pode criar um ambiente avesso à

segurança do paciente, uma vez que os trabalhadores que estão nas atividades fins não participam das decisões e/ou não as compreende.

A equipe de enfermagem é a maior força de trabalho existente nas organizações de saúde e, em sua maioria, atua na assistência direta aos pacientes e influencia no modelo de gestão adotado na instituição, podendo este motivá-la ou desestimulá-la. Neste estudo em questão, podemos dizer que a gestão está em consonância com as equipes, o que foi demonstrado através do resultado do presente estudo que 79% dos profissionais consideram a gestão está preocupada com a segurança.

A Figura 11 traz as respostas sobre a “percepção geral da segurança do paciente” e demonstrou 29(71%) dos procedimentos e sistemas da instituição são adequados para prevenir a ocorrência de erros, configurando um ponto forte. Como ponto neutro, mas relevante para ser observado no presente estudo, o item A15 aponta que 21(52%) dos participantes acreditam que a segurança do paciente não é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluído, ou seja, praticamente metade dos profissionais identificam falha neste item.

Figura 11 - Respostas dos participantes aos itens da dimensão “percepção geral da segurança do paciente” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.

5. Percepção geral da segurança do paciente: 62%	Positiva 	Neutra 	Negativa 
<p>A10R. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui</p> 	<p>A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída</p> 		
<p>A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente</p> 	<p>A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros</p> 		

Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

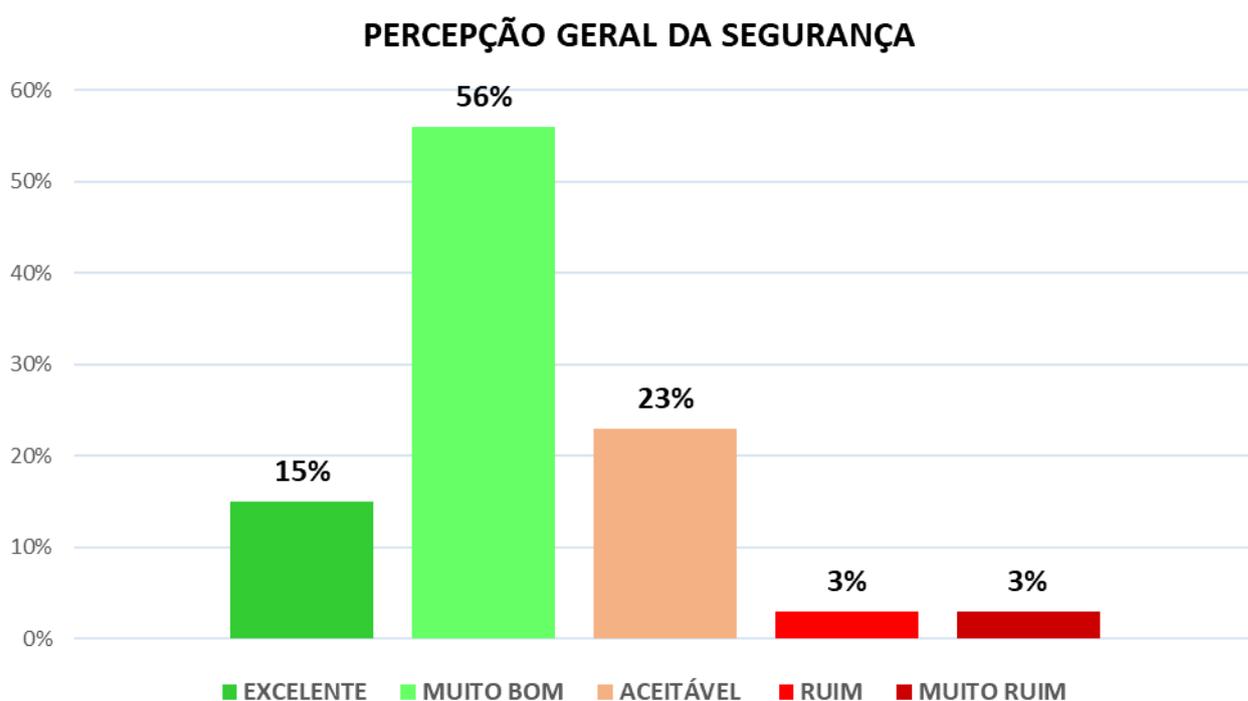
Avaliando o contexto da percepção de segurança, observa-se a necessidade de avaliar os procedimentos e os protocolos existentes na Instituição que direcionam postura preventiva do erro.

Carvalho (2017) refere que o profissional reflete o que é percebido na gerência, se tornando um fator importante para a garantia da segurança do paciente, uma vez que este domínio reflete a concordância do profissional quanto às ações da gerência ou da administração do hospital e da unidade relacionadas à segurança do paciente, lembrando que algumas ações podem causar impactos positivos no trabalho diário, favorecendo a segurança do paciente e um ambiente de trabalho com clima favorável para um diálogo aberto sobre erros, um ambiente não punitivo e treinamento contínuo dos profissionais são alguns deles.

O questionário HSOPSC possui uma variável na seção E - “Nota da segurança do paciente”, os participantes avaliaram a “segurança do paciente na sua área/unidade” como “excelente”, “muito boa”, “regular”, “ruim” e “muito ruim”.

Na Figura 12, a resposta com maior prevalência pelos entrevistados foi “muito boa” em 56% delas. As respostas “ruim” e “muito ruim” não excederam (6%), o que aponta uma avaliação positiva para a instituição.

Figura 12 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão “percepção geral de segurança do paciente” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.



Fonte: Elaborada pela própria autora (2022).

A percepção geral da cultura de segurança é um fator importante a ser analisado, pois nos mostra o quanto os profissionais entendem o valor que a instituição e os colaboradores, sejam assistenciais ou administrativos dão à segurança, lembrando que para se ter uma avaliação positiva, vários fatores deverão estar envolvidos como: atitudes, competências, percepções, comportamentos, enfim, o profissionalismo de cada um.

A percepção positiva dos profissionais em relação à segurança do paciente quanto a este domínio foi um fator considerado fortaleza, uma vez que a satisfação do profissional com o trabalho está diretamente relacionada com a qualidade da

assistência prestada. Em comparação com outros trabalhos, no estudo em questão, 71% dos profissionais têm uma percepção favorável para a segurança do paciente, 23% considera aceitável e apenas 6% entende de forma ruim ou muito ruim.

Segundo Macedo et al. (2016), em seu estudo realizado em Florianópolis com 75 profissionais da saúde do setor de emergências pediátricas, apenas 43% tem uma percepção favorável. Cruz et al. (2018) obteve um resultado favorável com 56,2%, pesquisa essa realizada em um hospital de ensino do Paraná com 645 profissionais da saúde. Já Moretão (2019) em seu estudo com 246 profissionais da saúde em um hospital de ensino de Belo Horizonte, obteve resultado mais próximo, 64,47% de uma boa percepção; em contrapartida, autores como Ribeiro, Servo e Silva Filho (2021) em investigação realizada em um hospital público da Bahia com 47 enfermeiros líderes, identificaram resultado preocupante, pois apenas 26% tinham uma percepção boa e excelente da segurança no serviço.

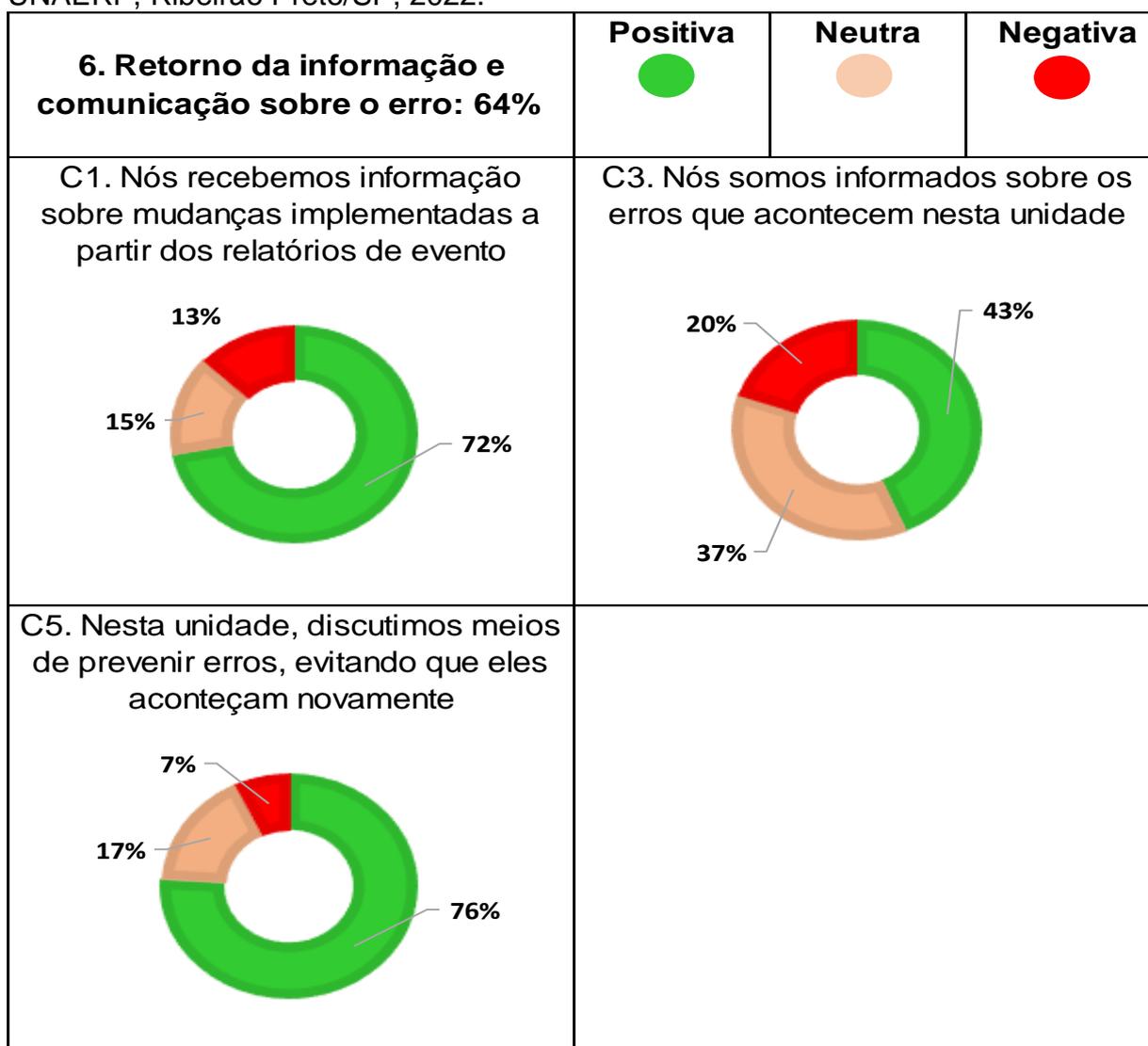
A estratégia de avaliação da segurança do paciente através de um questionário simples tem como propósito captar informações, percepções e comportamentos relacionados à segurança, sendo uma iniciativa primordial para a promoção da cultura de segurança na organização de saúde, possibilitando dessa forma, identificar as áreas mais frágeis, permitindo o planejamento e a implementação.

Quando se propõe incluir estratégias de promoção da segurança do paciente em uma instituição de saúde é necessário que ocorram mudanças no sistema - gestão ou estrutura, como treinamentos em equipe; facilitando a comunicação, o trabalho em grupo e a liderança. (SOUSA; MENDES, 2014).

Por fim, percebe-se que a segurança do paciente é um redutor dos riscos de incidentes e de EA, diminuindo os prejuízos à saúde do paciente e os gastos para corrigi-los, além de aumentar seu grau de confiabilidade e de satisfação no cuidado, podendo direcionar os recursos financeiros corretamente. (SOUSA; MENDES, 2014).

As respostas à dimensão ilustrada na Figura 13, demonstra o retorno da informação e comunicação sobre o erro 28(72%) e de acordo com as respostas este pode ser considerado um ponto forte, visto que mais de 70% das respostas apontaram para essa direção. No entanto, apenas 18(43%) dos participantes responderam ser informados dos erros que ocorrem na instituição, classificando este dado como um item frágil, que merece atenção.

Figura 13 - Respostas dos participantes aos itens da dimensão “retorno da informação e comunicação sobre o erro” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.



Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

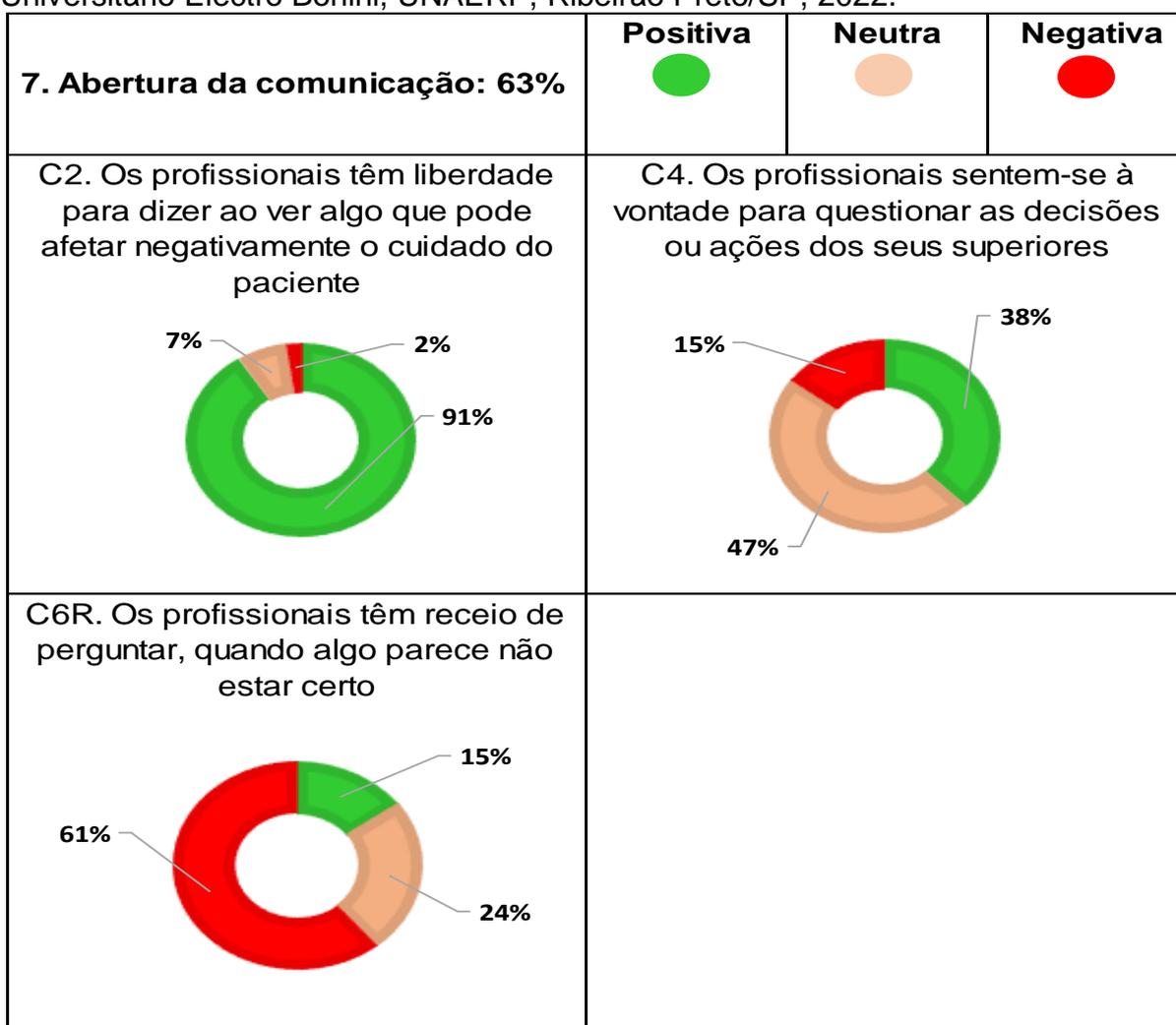
A dimensão retorno da informação e comunicação sobre o erro foi considerada neutra. Apesar das respostas favoráveis, o que nos chama a atenção é a insatisfação dos profissionais em não receber informações sobre os erros. Dado semelhante ocorreu no estudo realizado por Batista et al. (2019), com 158 profissionais de unidades cirúrgicas de um hospital de ensino do Paraná.

Nesse contexto, sabemos que atualmente muito se fala sobre a segurança do paciente, e que vários fatores estão envolvidos neste processo, identificando que o diálogo é primordial para que dúvidas sejam sanadas e opiniões sejam discutidas um prol de um bem comum. Nesta perspectiva, questiona-se qual seria a dificuldade dos gestores em trazer as informações dos eventos ocorridos até sua equipe? As

pesquisadoras defendem que os gestores, coordenadores e gerentes devem aproveitar os erros para trazer o ponto de vista da Instituição, identificar as dificuldades dos profissionais e iniciar de forma imediata as orientações e treinamentos, pois frente ao resultado referente a essa dimensão, acredita-se que o engajamento em dos profissionais de enfermagem será mais efetivo.

A Figura 14 trata das respostas da equipe de Enfermagem relativa à “abertura da comunicação”. Neste item, um ponto positivo merece destaque já que no item C2, 37(91%) dos profissionais relatam ter liberdade para se manifestarem quando se deparam com algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente, entretanto, a despeito deste dado, somente 15(38%) relatam se sentir à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores, o que nos mostra que melhorias podem deixar de serem feitas em decorrência deste receio.

Figura 13 - Respostas aos itens da dimensão “abertura da comunicação” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.



Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

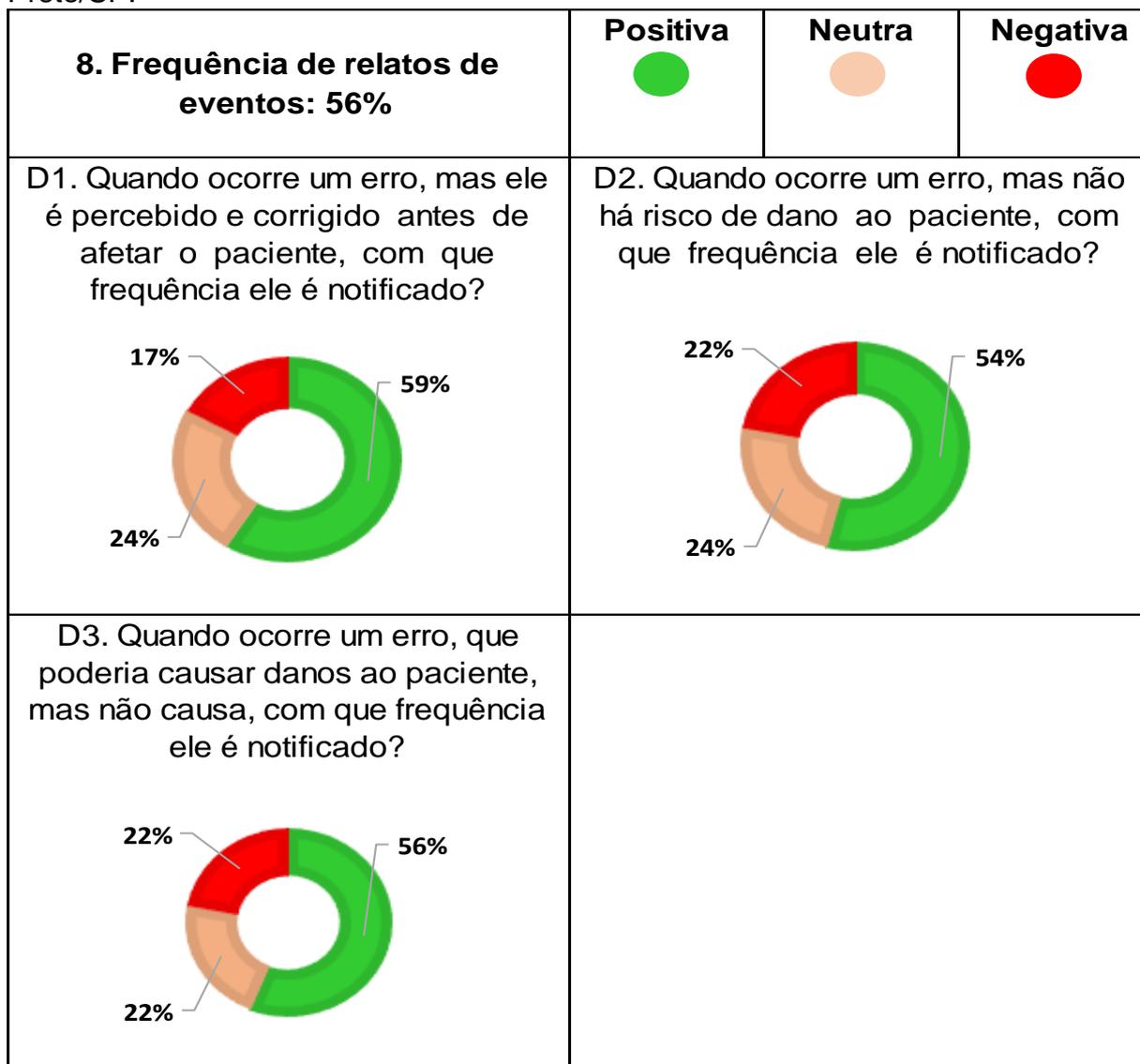
Observa-se como na Figura 14 que a comunicação e o diálogo é um fator importante na relação do cuidado. A comunicação é um dos desafios na segurança do paciente em qualquer ambiente de saúde, principalmente o hospitalar, pois é um local que demanda atendimentos mais complexos, e enfatizar a comunicação efetiva como meta a ser atingida pela equipe é também proporcionar um ambiente de trabalho harmonioso com assistência livre de danos. Nesse sentido, a comunicação é fundamental para um bom desenvolvimento do trabalho, pois é o elo de interação que fortalece o vínculo entre a equipe e o cliente. (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015)

As falhas de comunicação são a principal causa de eventos adversos ao paciente e as falhas no trabalho em equipe e na comunicação entre os profissionais de saúde têm sido um dos principais fatores que contribuem para os erros, aos EA's e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados (BAGNASCO et al., 2013).

As instituições de saúde devem focar em treinamentos que auxiliam no desenvolvimento de uma comunicação efetiva, precisa, completa, sem ambigüidade e de fácil compreensão (BAGNASCO et al., 2013).

Da análise dos dados ilustrados na Figura 15 que apresenta a dimensão da "frequência de relatos de eventos", que se mostrou de forma neutra em todas as perguntas, todas dentro do percentual de 50%, esta informação traz à luz a necessidade de reflexões sobre a melhoria neste item.

Figura 15 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão “frequência de relatos de eventos” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP.



Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

No Brasil, conforme descrito no PNSP (2014), a notificação de incidentes é apontada como fator importante aos profissionais, para o contexto da cultura de segurança do paciente, por isso são encorajados a identificar e notificar problemas relacionados à segurança. Atualmente, sabe-se que ocorrência de EA's tem como principais fatores contribuintes as falhas e fragilidades no sistema e processos de assistência à saúde que precisam ser melhorados.

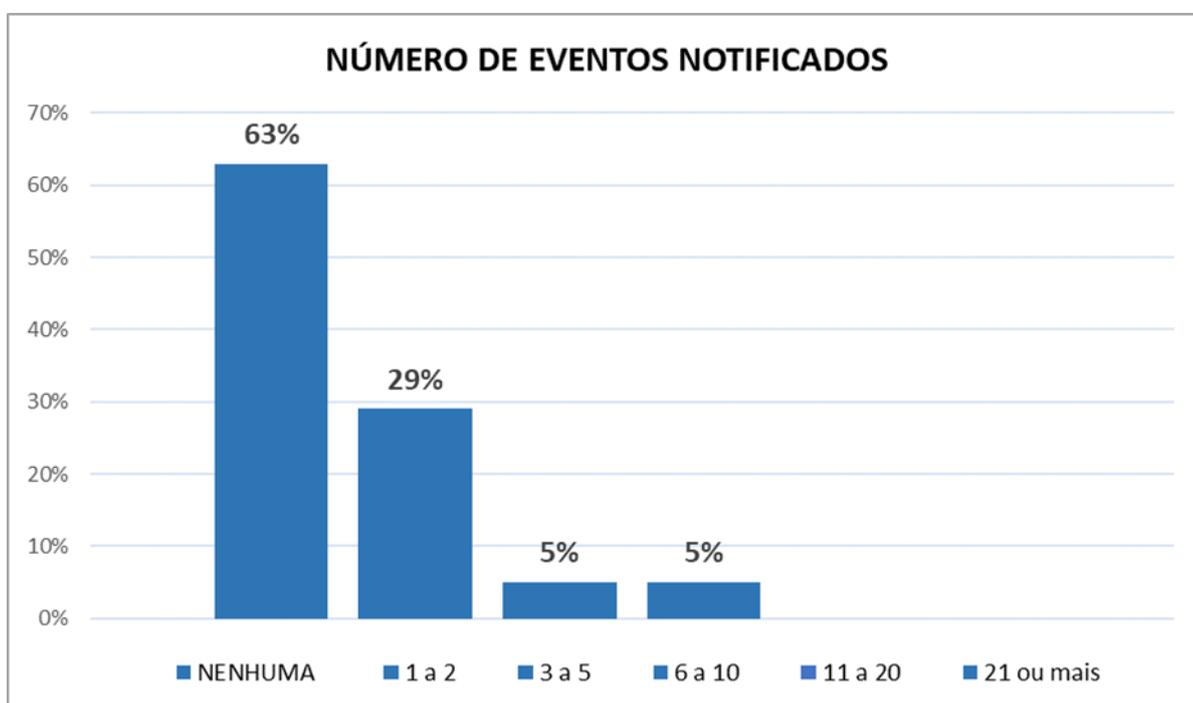
Conforme estudo realizado por Alves, Carvalho e Albuquerque (2019), em uma revisão integrativa, identificou-se que a subnotificação de incidentes pelos profissionais é um fator limitante, e que diversas barreiras são encontradas, sendo elas: o tempo exigido para notificar, medo das consequências de sua notificação,

sobrecarga de trabalho, falta de *feedback*, incerteza sobre o que notificar e porque muitas vezes as notificações não levam a mudanças positivas.

No presente estudo o item “frequência de relatos em eventos adversos” foi considerado uma dimensão neutra, uma vez que diversas barreiras podem estar presentes, dificultando o processo e conseqüentemente comprometendo a segurança do paciente, por isso diante desses dados, se faz importante a adoção de estratégias específicas que tragam melhorias ao processo de notificação.

O questionário HSOPSC possui na seção G - “Número de eventos adversos relatados nos últimos 12 meses” pela equipe da instituição.

Figura 16 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão “número de eventos notificados” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.



Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

Neste item, a Figura 16 ilustra que 26(63%) dos participantes não realizaram “nenhuma notificação” de evento adverso nos últimos doze meses, e as pesquisadoras possuem uma inquietação sobre esse resultado, diante de suas vivências como profissionais da saúde e de enfermagem. Tal fato propõe reflexões acerca da importância da notificação e os motivos que levam à não notificação, na instituição não ocorrem eventos a serem notificados ou os profissionais acreditam que

a notificação pode criar discordâncias entre os colegas, prejudicando as equipes e a quem notificou.

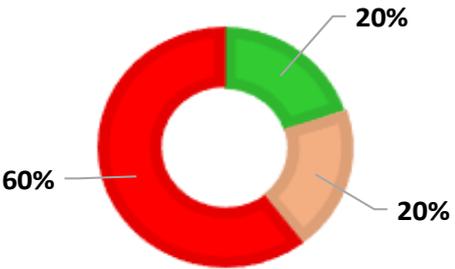
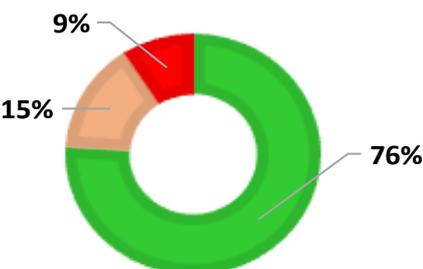
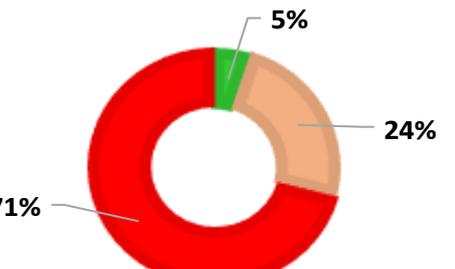
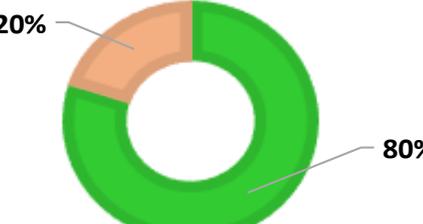
A notificação dos eventos é um instrumento de qualidade da instituição, com a finalidade de detectar e analisar as falhas que podem estar comprometendo a qualidade da assistência e, conseqüentemente, a segurança do paciente e de seus colaboradores.

Segundo pesquisa realizada por Lemos et al. (2022), com 303 profissionais da enfermagem - 241(79,6%) não haviam registrado nenhuma notificação nos últimos 12 meses. Análise desenvolvida por Ribeiro, Servo e Silva Filho (2021), em um hospital público da Bahia com 47 enfermeiros líderes, encontrou o resultado onde 34(72%) dos profissionais também não haviam realizado notificação, já Nicácio (2022) em sua pesquisa realizada em uma maternidade pública do Rio de Janeiro com 26 profissionais, identificou que 88,5% dos profissionais não notificavam. Os resultados apontados pelas pesquisas geram preocupação e propõe discussões acerca da qualidade da assistência que está sendo ofertada.

A revisão integrativa desenvolvida por Alves, Carvalho e Albuquerque (2019), acerca dos motivos da não notificação, mostrou que a temática no Brasil ainda se restringe à equipe de enfermagem, havendo uma necessidade de expandir para as outras categorias, pois o cuidado é realizado de forma multiprofissional. Faz-se necessário esclarecer às profissionais dúvidas sobre as notificações, o que e quando deve se notificar, a importância do seu envolvimento na qualidade da assistência; além de desmistificar o medo e dos prejuízos a ele e ao colega, de ser desligado da empresa, por isso, a importância de se implementar e trabalhar com a cultura justa na instituição.

O “trabalho em equipe entre as unidades/áreas” tem seus resultados ilustrados na Figura 17 onde destaca-se que as unidades conseguem trabalhar de forma a cooperar umas com as outras pensando no cuidado e segurança do paciente, com percentuais chegando a 72%, na totalidade das questões na referida dimensão.

Figura 14- Respostas dos participantes aos itens da dimensão “trabalho em equipe entre as unidades/áreas” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.

9. Trabalho em equipe entre as unidades/áreas: 72%	Positiva 	Neutra 	Negativa 
<p>F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si</p> 	<p>F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto</p> 		
<p>F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital</p> 	<p>F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado ao pacientes</p> 		

Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

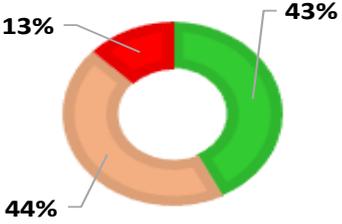
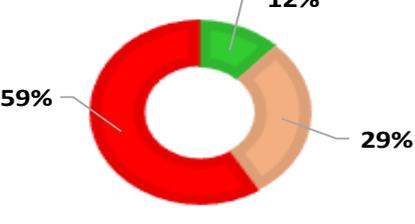
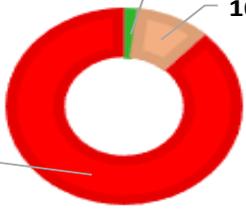
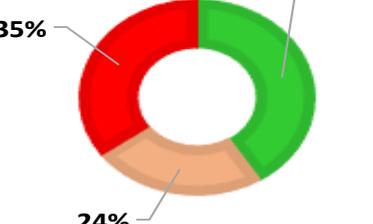
A dimensão do trabalho em equipe entre as unidades revelou-nos um resultado neutro, mas muito próximo das avaliações fortalecidas, ou seja, 72% dos profissionais sentem que a colaboração, o trabalho para um objetivo comum, é realizado de forma harmoniosa.

Segundo Navarro, Guimaraes e Garanani (2013), o trabalho em equipe, muitas vezes, possui uma conceituação mais técnica, em que o trabalho de cada área profissional é apreendido como conjunto de atribuições, tarefas ou atividades. No entanto, trabalhar em equipe significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base no conhecimento sobre o trabalho do outro, valorizando a

participação deste na produção de cuidados, construindo consensos quanto aos objetivos e resultados a alcançar coletivamente. Ainda Sousa e Hamann (2009), nesta mesma pesquisa, realizada a fim de compreender o significado do trabalho em equipe para os profissionais de enfermagem, os autores associaram como um trabalho familiar e coletivo, como uma relação de ajuda, corroborando com nosso estudo.

A dimensão “adequação de profissionais” está demonstrada na Figura 18, onde foram identificados dois pontos frágeis, sendo o primeiro em relação à pergunta A2, onde 17(43%) participantes referiram ter pessoal suficiente para prestar assistência durante a jornada de trabalho e na questão A14R onde 17(41%) afirmam trabalhar em “situação de crise”. Estas porcentagens nos mostra o risco de ocorrer falhas no cuidado e, conseqüentemente, comprometer a segurança do paciente.

Figura 15 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão “adequação de profissionais” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP. 2022.

10. Adequação de profissionais: 56%	Positiva 	Neutra 	Negativa 
<p>A2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho</p> 	<p>A5R. Os profissionais desta unidade (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente</p> 		
<p>A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente</p> 	<p>A14R. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido</p> 		

Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

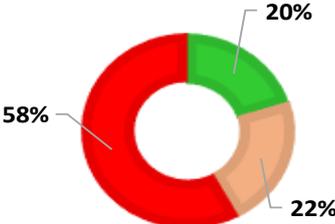
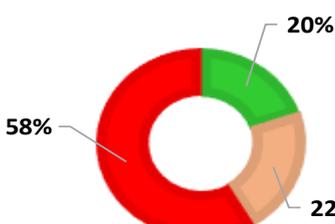
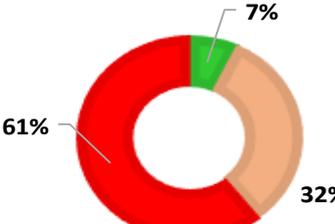
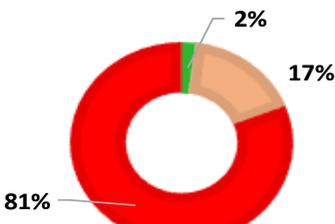
Os profissionais de saúde desempenham importante papel nos cuidados relacionados a saúde da população sendo a enfermagem a classe que está constantemente ao lado do paciente realizando cuidados. Durante a prática da assistência é possível observar que as equipes de trabalho enfrentam limitações quanto ao desenvolvimento de suas atividades, sendo algumas delas: deficiente dimensionamento de pessoal, falta de equipamentos e materiais, acúmulo de funções, carga horária de trabalho excessiva e incompatível com a realização de atividades e falta de reconhecimento profissional. (CARVALHO et al., 2017).

Cargas de trabalho de profissionais da enfermagem acima do nível adequado podem aumentar em 40% o risco de um paciente morrer, e essa sobrecarga não acontece apenas pelo excesso de horas de trabalho, pois um levantamento realizado no interior de São Paulo afirma que 57% dos profissionais consideram que seu estresse está ligado às condições de trabalho (carga horária excessiva, falta de funcionários, recursos materiais e falta de suporte profissional e emocional). (COFEn, 2017; CARVALHO et al., 2017).

Estudo realizado também por Boeck (2019) aponta resultado semelhante. O autor avaliou 6 enfermeiros de um hospital de Santa Catarina com no mínimo 3 anos de experiência, sendo identificado que devido à sobrecarga de trabalho e excesso de horas trabalhadas, os profissionais mostraram-se mais suscetíveis a erros de medicação, sendo pontuado também a falta de notificações, o que favoreceria a identificação das fragilidades e acúmulo de funções. Por isso, é importante lembrar que a rotina da enfermagem exige habilidades emocionais e cognitivas que contemplam diferentes esferas: biológicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas, necessitando um olhar mais humano.

A Figura 19 ilustra as informações sobre a “passagem de plantão/turno e transferências”. Este dado é relevante porque a passagem de plantão é momento complexo em que informações podem ser perdidas, prejudicando a continuidade da assistência. Em relação a este dado, observa-se que na instituição investigada este item se mostrou frágil.

Figura 19 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão “passagem de plantão/turno e transferências” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.

11. Passagem de plantão/turno e transferências: 44%	Positiva 	Neutra 	Negativa 
<p>F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra</p> 	<p>F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno</p> 		
<p>F7R. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital</p> 	<p>F11R. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes</p> 		

Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

Um estudo realizado por Silva e Rosa (2016), com 128 profissionais da enfermagem de um hospital público de grande porte e alta complexidade do estado da Bahia, também identificou esta dimensão como neutra 65(50,9%), mas limítrofe, com potencial melhoria, concluindo que o comportamento dos profissionais e o conhecimento da importância dos dados interferem na segurança do paciente. Ainda em 2016, Tobias e colaboradores, em seu estudo com 117 enfermeiros em um hospital de ensino de Fortaleza, caracterizou esta dimensão como fraqueza.

A passagem de plantão, seja ela troca de turno, transferência do paciente, se caracteriza pela transmissão de informações, de forma objetiva e clara, sobre os fatos que ocorreram com o paciente durante a assistência, direta e indireta prestada. Inclui-se, nesse momento, assuntos de interesse institucional que possam afetar direta ou indiretamente o cuidado prestado (COREn, 2010).

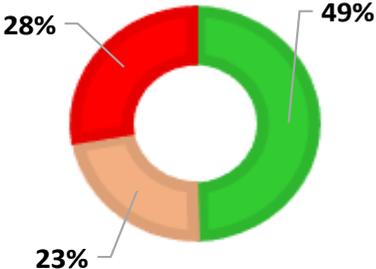
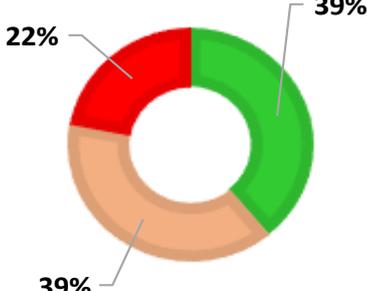
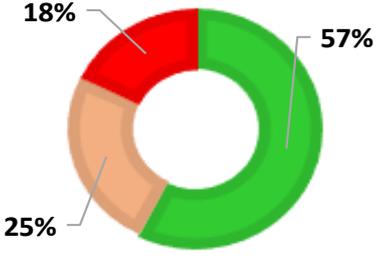
Segundo Pereira et al. (2011), muitos fatores podem influenciar o momento da passagem de plantão, fazendo com que não seja de forma efetiva, ocasionando falhas gerais e na continuidade do tratamento do paciente, como: o local, tempo, organização do processo de trabalho, faltas, atrasos, telefone, companhias, interrupções.

A adequada postura do profissional associada ao conhecimento científico e prático para a prestação do cuidado, aliados à prática diária, ao entendimento do estado clínico do paciente, não só pode favorecer a passagem de plantão de forma ampla e didática - possibilitando o entendimento por parte do próximo profissional que irá assumir o plantão acerca das dificuldades e atividades clínicas atravessadas no plantão anterior-, como também considerar adversidades esperadas dos quadros apresentados.

Em nosso estudo, como ilustrada na Figura 19, a dimensão foi considerada frágil, entendendo através das respostas dos participantes que existe um esforço em transmitir as informações de forma efetiva; entretanto, ainda existem erros que podem levar a falhas no atendimento, por isso, devemos saber a importância de se ter um planejamento constante do processo de trabalho, devido aos diversos fatores que podem interferir na transmissão de informações entre os profissionais, como também as soluções a serem construídas diante das falhas de comunicação, demonstrando a importância do acesso à informação na melhoria do processo de trabalho das equipes. A importância da clareza e do conhecimento sobre o processo é imprescindível e integralmente inerente a enfermagem, a qual se dispõe aos cuidados ímpares dos pacientes, contribuindo para a evolução de sua condição.

Com relação ao item “resposta não punitiva ao erro”, demonstrada na Figura 20, 20(49%) dos profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles, configurando este item como frágil. Nesta mesma proposta, 16(39%) dos entrevistados acreditam que o evento notificado leva o foco a recair sobre a pessoa responsável pela falha, e não sobre o problema que levou ao desfecho em si.

Figura 20 - Respostas dos participantes aos itens da dimensão “respostas não punitivas aos erros” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.

12. Resposta não punitiva ao erro: 48%	Positiva ●	Neutra ●	Negativa ●																
<p>A8R. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles</p>  <table border="1"> <caption>Data for A8R</caption> <thead> <tr> <th>Resposta</th> <th>Porcentagem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Positiva</td> <td>49%</td> </tr> <tr> <td>Neutra</td> <td>23%</td> </tr> <tr> <td>Negativa</td> <td>28%</td> </tr> </tbody> </table>	Resposta	Porcentagem	Positiva	49%	Neutra	23%	Negativa	28%	<p>A12R. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa, e não sobre o problema</p>  <table border="1"> <caption>Data for A12R</caption> <thead> <tr> <th>Resposta</th> <th>Porcentagem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Positiva</td> <td>39%</td> </tr> <tr> <td>Neutra</td> <td>39%</td> </tr> <tr> <td>Negativa</td> <td>22%</td> </tr> </tbody> </table>			Resposta	Porcentagem	Positiva	39%	Neutra	39%	Negativa	22%
Resposta	Porcentagem																		
Positiva	49%																		
Neutra	23%																		
Negativa	28%																		
Resposta	Porcentagem																		
Positiva	39%																		
Neutra	39%																		
Negativa	22%																		
<p>A16R. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais</p>  <table border="1"> <caption>Data for A16R</caption> <thead> <tr> <th>Resposta</th> <th>Porcentagem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Positiva</td> <td>57%</td> </tr> <tr> <td>Neutra</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>Negativa</td> <td>18%</td> </tr> </tbody> </table>	Resposta	Porcentagem	Positiva	57%	Neutra	25%	Negativa	18%											
Resposta	Porcentagem																		
Positiva	57%																		
Neutra	25%																		
Negativa	18%																		

Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

Assim como neste trabalho, outros autores identificaram a fragilidade do item punitivo associado ao erro nas instituições, como de Souza et al. (2015) 10(15%); Santiago e Turrini (2015) 22(29,6%); Tomazoni et al. (2015) 58(41%); Rodrigues (2016) 344(27%); Tobias et al. (2016) 19(16%); Netto (2016) 23(18%); Lima Neto (2017) 7(16%); Cruz et al. (2018) 42(25,6%); Fassarella et al. (2018) 197(26%); Galvão et al. (2018) 68(18%); Tavares et al. (2018) 104(47%); Nicácio (2019) 6(24%); Serrano et al. (2019) 40(19%); Moretão (2019) 56(23%); Okuyama et al. (2019) 50(16%); Sanchis et al. (2020) 102(21,9) e Moraes et al. (2020) 23(33%).

A análise de estudos com dimensões frágeis nos torna alerta, pois existe escassez de trabalhos que relaciona a cultura não punitiva ao erro, apontando na direção da necessidade de amadurecimento e adequação das instituições na condução e avaliação dos erros existentes.

Infelizmente, a maioria das instituições de saúde ainda trabalha no formato punitivo ao erro, apesar de muitas estarem tentando construir lentamente a implantação da cultura justa. Ainda vivemos a política do cuidado centrado no médico, e precisamos entender que o cuidado deve ser centrado no paciente, todos na instituição estão trabalhando para a recuperação do paciente, e cada um tem sua responsabilidade. A cultura punitiva tem história cultural, vem dos nossos antepassados, tempos com pouco conhecimento sobre o processo do erro, apenas era apontada a pessoa que o realizou - sem pensar em todo o sistema, o que levou ao estigma de que a pessoa que cometeu o erro seria demitida, receberia advertência, eventualmente um processo judicial-, ocasionando uma cultura do medo, da falta de comunicação, que encontramos até os dias atuais; como descrito nos estudos utilizados na presente pesquisa (TOMAZONI et al., 2015; MACEDO et al., 2016; BORBA NETTO, 2016; CRUZ et al., 2018; NICÁCIO, 2019; SANCHIS et al., 2020; RIBEIRO; SERVO; SILVA FILHO, 2021).

A implantação de uma cultura justa exige trabalho diário, a vivência profissional tem nos evidenciado essa realidade, mas a partir do momento em que os profissionais entendem e sentem confiança quanto aos processos vigentes, temos evolução significativa na redução dos EA, melhorando a qualidade na segurança da assistência.

Nos últimos anos, a ideia da “cultura justa” tem se tornado um ideal no movimento de segurança do paciente, e a adoção desta conduta pelas instituições de saúde vem para dar resposta a incidentes que vão desde erros humanos a más condutas intencionais (TOLEDO et al., 2021).

A cultura justa é um paradigma fundamental para quem está trabalhando com a segurança do paciente, inclusive com a qualidade da assistência, deixamos de ter a mentalidade da punição ao erro e focamos no entendimento de que erros acontecem, que as pessoas não os cometem porque querem, mas sim, porque as falhas no sistema a leva a cometê-los; incluindo também, os erros por negligência e imprudência. A cultura de segurança do paciente vem nos auxiliar nesta separação, os erros que não são passíveis de punição, pois há a necessidade de resolver todo o contexto para que não ocorram novamente; e os erros, comportamentos e atitudes

que realmente não queremos que as pessoas tenham. Esta separação, essas atitudes, mostram aos profissionais o que realmente esperamos deles no dia a dia no trabalho.

4.3 CONTRIBUIÇÕES DOS PARTICIPANTES

O instrumento de coleta possui uma questão em que os participantes foram convidados a registrarem comentários, informações, relatos, experiências sobre sua vivência e atuação diante da segurança do paciente e este item foi respondido por 09(22%) dos participantes.

A partir das respostas a essa questão foi possível captar de forma direta e subliminar, quais as considerações/reflexões que os participantes possuem em relação à segurança do paciente e sua atuação referente a esse tema, explicitados nos apontamentos que deixaram. Estes foram revisados no sentido de garantir sua transcrição, integralmente, e tiveram seus conteúdos retomados para leituras, visando buscar palavras-chave que identificassem os pontos-chave presentes nas respostas, transcritas no Quadro 8.

Constata-se que os participantes entendem que a segurança do paciente é fundamental para a qualidade da assistência prestada e, para atenderem a esse quesito julgam ser necessários treinamentos e capacitações constantes, como ilustrada na R2, R7, R8 e R9.

Ainda observa-se tratar de profissionais que gostam de trabalhar na Instituição hospitalar do estudo e compreendem que existem outras variáveis que compõem o contexto de segurança do paciente (demanda de trabalho, dimensionamento de pessoal, desvalorização da profissão), como assinalado na R2, R3, R6, R8 e R9.

Quadro 8 - Unidades de análise de conteúdo dos comentários dos profissionais - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.

(continuação)

COMENTÁRIOS
R1 “Parabéns pela iniciativa”.
R2 “Nosso hospital se preocupa com a segurança do paciente, mas ainda tem falhas, tem dia que a quantidade de trabalho é grande, correndo mais riscos. Falta um pouco mais de cursos e treinamentos”.

R3 “A segurança é importante no atendimento, falar é fácil, mas no dia a dia, na correria, os riscos das coisas se perderem é grande. Gosto muito de trabalhar neste hospital, poder ajudar uma mãe e seu filho, amenizar a dor da cirurgia, vale muito a pena, apesar de ser uma profissão desgastante, pouco valorizada”.
R4 “Parabéns”.
R5 “Confesso que fiquei com medo de responder porque achei que tinha que colocar o nome, mas a moça da pesquisa disse que não tinha necessidade, por isso demorei para responder, mas achei interessante o assunto”.
R6 “Aqui é um hospital muito bom de se trabalhar, mas acredito que como todos os hospitais tem suas dificuldades, sobrecarregando em alguns momentos os outros”.
R7 “Este hospital precisa de treinar mais os profissionais através de cursos e/ou palestras com o objetivo de apresentar indicadores e atualizar sobre novas recomendações. Além de criar grupos de comitê para elaborar protocolos assistenciais e sensibilizar os profissionais a criarem o hábito de notificar eventos adversos e situações inadequadas com colegas”.
R8 “Perguntei para a Paula na hora que ela estava explicando sobre a pesquisa se ia resolver mesmo, porque parece que a gente faz mas não vai p frente e a segurança é importante”.
R9 “Gostei da pesquisa, a segurança é falada, mas na hora que o serviço aperta em qualquer hospital, nos deparamos com o automático, com a necessidade de fazer mais rápido para passar o plantão com as coisas em ordem, para poder ir para o outro emprego, aumento o risco de erros. Por isso, os treinamentos, palestras e reuniões são importantes para discutir dificuldades, novas técnicas e atualizações”.

Fonte: elaborado pela própria autora (2022).

(conclusão)

Segundo Bagnasco et al. (2013), os profissionais da saúde têm dificuldades de manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe e, por consequência, fragilizam a segurança do paciente. Diferenças hierárquicas, poder e conflitos no contexto do trabalho têm influenciado diretamente no modo como a comunicação se estabelece, fazendo com que as categorias profissionais atuem em paralelo, em detrimento do trabalho em equipe.

Nos relatos analisados no estudo em questão e no de Moretão (2019) e Nicácio (2019), pode-se observar que os profissionais possuem consciência da importância da segurança do paciente, e também como a comunicação está inteiramente ligada ao processo do trabalho. Assim, para que o programa de segurança do paciente seja eficaz é importante que além da equipe, paciente e família estejam envolvidos com o tratamento, incentiva-los a fazer parte desta segurança. Quando a família e o paciente estão envolvidos, auxiliará a equipe na comunicação, na tomada de decisões, respeitando as fragilidades, esclarecendo dúvidas, podendo ter mais consciência sobre seus direitos e responsabilidades.

O presente estudo evidenciou um resultado de natureza satisfatória, no qual 4 dimensões investigadas adequaram-se como fortaleza, 6 neutras e apenas 2 frágeis,

o que demonstra a necessidade de se atuar nas fragilidades e nos processos de melhoria. Além disso, os resultados mostram que as instituições têm uma preocupação com a segurança do paciente e estão ativas na busca do aperfeiçoamento.

Frente aos aspectos que foram avaliados neste estudo, principalmente aos resultados considerados frágeis, esse estudo propôs um curso de capacitação continuada sobre a segurança do paciente, destinado a todas as equipes assistenciais e administrativas do serviço de saúde, com o objetivo de ampliar e desenvolver o conhecimento sobre a segurança do paciente, contribuindo para uma formação crítica e reflexiva, conforme descrito no Anexo E.

Toda instituição, organização tem seu código de conduta e o profissional que atua naquela instituição deverá se adequar às normas que são descritas, através das diretrizes que orientam a conduta e a forma como os processos institucionais devem ser conduzidos.

Uma cultura de segurança forte traz melhor gerenciamento dos riscos, diminuição dos erros e, conseqüentemente, melhores resultados para a assistência ao paciente. Corroboramos com Bodie (2012) ao defender que fortalecer a cultura melhora a saúde psicológica dos profissionais, aumenta o engajamento e a satisfação com o trabalho. Esse relato mostra que não somente o paciente é beneficiado, mas também, os profissionais inseridos na assistência e a própria instituição.

Segundo o Conselho *BC Patient Safety & Quality Council* (2017), os componentes chave de uma cultura forte incluem diversos fatores:

- a) Começa com a Justiça organizacional - que traz o respeito com a fala do outro, sem intimidação, discriminação, julgamento, auxiliando no desenvolvimento e crescimento profissional do outro;
- b) Liderança - tem um forte impacto sobre a cultura na instituição, pois o líder tem que fazer a diferença na construção, uma vez que são eles que dão suporte diário aos profissionais, gerenciam os conflitos, compartilham as informações;
- c) Segurança psicológica - outro ponto extremamente importante que faz com que a cultura evolua de maneira significativa, pois o profissional tem que ter a segurança de que suas sugestões, comentários e contribuição sejam recebidos com respeito;

- d) Cultura justa - entender o erro de forma a não culpar pessoas, mas também agir para que não se repitam e prejudiquem outras pessoas;
- e) Condição de trabalho - dar qualidade ao profissional, desde carga horária correta, cursos, treinamentos, embuí-lo de informações que possa se sentir seguro na assistência;
- f) Confiança- elemento essencial na prática do dia a dia para todos os âmbitos da instituição, pois as pessoas conseguem discutir seus erros, consequências com cooperação;
- g) Transparência - compartilhar informação de forma transparente, no tempo correto, auxilia no processo de segurança, envolver o paciente no tratamento o traz mais próximo da equipe, do cuidado;
- h) Clima de segurança - clima em que se é vivenciado no dia a dia, vivenciar de forma real a preocupação com a segurança;
- i) Segurança cultural - ter a humildade de entender a experiência do outro, novamente o respeito pelo outro;
- j) Trabalho em equipe e comunicação - colaborar, se comunicar, resolução de conflitos, é entender que seus esforços serão apoiados.

Para a evolução das instituições necessitamos de lideranças envolvidas no processo de implantação da cultura justa, da cultura do paciente, mas para isso devemos investir em treinamentos para que tenham clareza de quais são os beneficiários para todo o contexto, paciente, profissional e instituição.

De acordo com estudo realizado por Toledo et al. (2021), a comunicação de fato é uma habilidade que faz diferença, seja ela com o paciente, colega de trabalho, chefia, enfim, esta troca necessita ser mútua, ambos estarem inseridos na interação para que ela ocorra de forma efetiva, auxiliando, ajudando naquele momento ou contexto e, conseqüentemente, na mudança de hábitos, rotina, envolvendo muitas vezes outras pessoas. A comunicação não são apenas palavras, a expressamos de forma não verbal, como expressão facial, gestos, distância entre as pessoas, o silêncio, pois ninguém fala tudo o que pensa, principalmente com seu chefe, filho para a mãe, o paciente com o médico, com medo de ser repreendido.

A enfermagem é a equipe que está com o paciente 24 horas diárias, através do seu olhar podem ser acrescentados valores em seu tratamento, especialmente naquilo que observamos e escutamos do paciente, família, mas é importante que esta comunicação seja igual para todos os turnos; saber se comunicar, informar o colega,

faz com que os protocolos sejam realmente seguidos. Essa atitude colabora com a ciência do conhecimento da sua área de atuação, pois deverá estar preparado para o cuidado cada vez mais tecnológico, avançado, diminuindo o risco de erros e falhas, enfatizando a importância de saberem de suas responsabilidades, principalmente no gerenciamento e conflitos das equipes. (TOLEDO et al., 2021)

O líder deve ter o bom senso e se autoconhecer para entender os pontos fortes e fracos de cada profissional da sua equipe, absorvendo de cada um o melhor, para entender o paciente, ter empatia, mas não com as suas crenças e sim com a crença do outro, e que por traz da dificuldade da sua equipe, existe um ser humano passível de erro, mas com vontade de aprender e não errar.

Uma das formas de promover e apoiar iniciativas voltadas à segurança do paciente foi publicada pela ANVISA (BRASIL, 2014), o passo a passo de como a implantar o Núcleo de Segurança do Paciente nos serviços de saúde, que tem como propósito promover a prevenção, controle e mitigação de incidentes; além da integração dos setores; promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactam nos riscos ao paciente. As pesquisas realizadas demonstram que a implantação do referido Núcleo trouxe beneficiários para Instituição, constatando dimensões mais fortalecidas no serviço.

De acordo com o Relatório de avaliação anual de práticas de segurança do paciente publicado pela ANVISA (2022), referente ao ano de 2021, ficou evidente, com os resultados advindos da aplicação da Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente (2021), a necessidade de estimular e gerenciar a implantação de protocolos essenciais de segurança do paciente.

Um maior envolvimento da gestão, de uma maneira geral, dos serviços nesta atividade sanitária apoiando e potencializando os esforços do NSP VISA no monitoramento das práticas de segurança do paciente, pode contribuir significativamente para o delineamento e a implementação de ações e estratégias conjuntas direcionadas à melhoria da conformidade dos indicadores que apresentaram baixa ou média conformidade a estas práticas, especialmente, para os indicadores de IRAS (ANVISA, 2022).

Esses achados corroboram com os apontamentos oriundos deste presente estudo, uma vez que assim como, nas unidades de saúde pertencentes a publicação da ANVISA, existem pontos de fragilidade que merecem destaque e apoio institucional - tais como as ações que permitam ao colaborador relatar um evento adverso sem

que seja punido, mas que de uma forma conjunta, a gestão busque alternativas para que novos não ocorram, a saber, a resposta punitiva ao erro (ANVISA, 2022).

Outro ponto que merece destaque e que se assemelha aos achados do relatório nacional refere-se à identificação do percentual de não relatos de erros ser baixo; achado esse que se assemelha ao do presente estudo, visto que de são constituídos por multifatores, tais como: falta de informação e/ou medo de punições.

Para tanto, a ANVISA concluiu em seu relatório que ações de estímulo à instituição e sustentação de uma cultura de segurança, pode incentivar a notificação mensal de incidentes relacionados à assistência à saúde e a aprendizagem com os problemas de segurança, uma vez que permeiam todas as iniciativas voltadas à segurança do paciente em serviços de saúde. Para isso, é importante que os serviços participantes da presente avaliação também participem da Avaliação nacional da cultura de segurança do paciente e para pleno êxito, tais ações e estratégias sanitárias devem estar alinhadas ao Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021-20256 (ANVISA, 2022).

Envolver todos os profissionais, inclusive os pacientes nas ações de segurança da instituição, auxiliará no conhecimento e compreensão das prevenções deixando claro que a maioria desses eventos são evitáveis e o desenvolvimento de estratégias depende do cumprimento de normas e regulamentos básicos que regem a instituição. O grande desafio é sensibilizar as equipes e os pacientes, propondo atitudes, regimentos de atendimento que integrem normas e procedimentos capazes de reduzir, a um mínimo aceitável, os riscos associados aos cuidados em saúde.

5 CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA

Os resultados do presente estudo permitiram avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente no contexto de um hospital universitário pela equipe de enfermagem, sendo identificadas suas áreas fortes e frágeis. A cultura de segurança de pacientes do hospital investigado encontra-se em um nível satisfatório, uma vez que das doze dimensões avaliadas, somente duas encontram-se abaixo do nível mínimo aceitável.

As fortalezas encontradas estão nas dimensões sobre a “aprendizagem organizacional”, “expectativas sobre o seu supervisor/chefe”, “trabalho em equipe dentro das unidades” e o “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” o que nos mostra que as equipes estão trabalhando ativamente para melhorar a qualidade do serviço e a segurança do paciente. Já os pontos frágeis, aqueles que devemos enxergar como uma oportunidade de melhoria referem-se às “repostas não punitivas aos erros” e “passagem de plantão ou de turno/transferências”.

A dimensão “passagem de plantão ou de turno/transferências”, faz com que perda de informações relacionadas ao tratamento do paciente ocorram, incorrendo em erros e prejuízos, devemos buscar melhoria na atenção na passagem de plantão, informar adequadamente todos os dados relacionadas ao tratamento e ocorrências.

A dimensão “resposta não punitiva ao erro”, apresentou um índice abaixo de 50%, o que permite inferir que os participantes acreditam que serão punidos mediante o erro cometido. Essa é uma cultura que deve ser transformada e desmistificada, por meio de ações de longo prazo, para que os profissionais e a instituição comecem a trabalhar focados na melhoria do atendimento e não pensando em futuras punições.

Observa-se também na análise realizada quanto ao número de notificações realizadas pelos participantes nos últimos 12 meses, que 63% não realizaram nenhuma notificação nesse período, isso pode ser em decorrência da falta de informação e ou os profissionais acreditarem que há punição ao erro, ao ocorrerem subnotificações. Estratégias devem ser elaboradas pela instituição mostrando ao profissional que notificar não significa punição e que através delas podemos minimizar os riscos: primeiramente ao paciente e seus familiares, depois ao colaborador e a instituição.

Considerou-se como limitação desta pesquisa o número de participantes, ainda que o estudo tenha ocorrido com todos os membros da equipe de Enfermagem, mas

em hospital de pequeno porte, enfatizando a importância da investigação para este contexto de saúde, considerando a segurança do paciente, também em instituições de saúde com maior número de participantes.

É necessário considerar que a cultura de segurança do paciente está associada tanto aos fatores individuais como coletivos e a formação da perspectiva da cultura é construída coletivamente e, nesse sentido, todos deverão contribuir diariamente.

A partir dos resultados desta pesquisa foram gerados dois produtos: Relatório de pesquisa científica – entregue à Instituição onde o estudo ocorreu (PRODUTO 1), além da Proposta de Curso de Capacitação (PRODUTO 2).

Acreditamos que esse estudo, pode subsidiar e fundamentar novas pesquisas sobre a temática e nortear a tomada de decisão dos profissionais de saúde no dia a dia em relação à maneira de lidar com as questões relacionadas à segurança do paciente e implementação de protocolos seguros que possam gerar confiança da equipe, tanto em segui-los, quanto em notificar o não seguimento de algum deles.

REFERÊNCIAS

- ABREU, I. M. et al. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, [s. l.], v. 40, n. esp., 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180198.
- ALLEN, S.; CHIARELLA, M.; HOMER, C. S. Lessons learned from measuring safety culture: An Australian case study. E. **Midwifery**, London, v. 26, n. 5, p. 497-503, aug./oct. 2010. DOI: 10.1016/j.midw.2010.07.002.
- ALVES, M. F. T.; CARVALHO, D. S.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Curitiba, v. 24, n. 8, ago. 2019.
- ANDRADE, L. E. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 161-172, 2018.
- ANDRADE, L. E. L. **Evolução da cultura de segurança em hospitais antes e após a implantação do programa nacional de segurança do paciente**. 2016. 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/21349>. Acesso em: 15 fev. 2022.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA- ANVISA. Relatório da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2021, 08 de junho de 2022. 116p.
- ASPDEN, P. et al. **Patient Safety: Achieving a New Standard for Care**. Washington, DC: National Academies Press, 2004. DOI: 10.17226/10863.
- ATAMAN, A. D.; VATANOĞLU-LUTZ, E. E.; YILDIRIM, G. Medicine in stamps-Ignaz Semmelweis and Puerperal Fever. US National Library of Medicine. **Journal of the Turkish German Gynecological Association**, Turkish, v. 14, p. 35-39, mar. 2013.
- BAGNASCO, A. et al. Identifying and correcting communication failure among health professional working in the Emergency Department. **Int Emerg Nurs**, [S. l.], v. 21, v. 3, p. 168-172.
- BARROS, C. G. **Segurança do paciente como prioridade nas organizações hospitalares**. São Paulo: Hospital Albert Einstein, 2013.
- BATISTA, J. et al. Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, [S. l.], v. 40, n. esp, e20180192, 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180192.
- BC PATIENT SAFETY & QUALITY COUNCIL. **Culture Change Toolbox**. Vancouver: BCPSQC, 2017. 2 v. Disponível em: https://bcpsqc.ca/wp-content/uploads/2018/03/culture-toolkit_web.pdf. Acesso em: 03 mar. 2020.

BODIE, G. D. Listening as positive communication. *In*: SOCHA, T.; PITTS, M. (ed.). **The positive side of interpersonal communication**. New York: Peter Lang; 2012.

BOECK, K. H. et al. A segurança do paciente devido os riscos da sobrecarga de trabalho dos enfermeiros. **RAHIS**, Belo Horizonte/MG, v. 16, n. 3, jul./set. 2019.

BORBA NETTO, F. C.; SEVERINO, F. G. Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino do Ceará. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 3, p. 334-341, jul./set., 2016. DOI: 10.5020/18061230.2016. p. 334.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo pesquisas com seres humanos. Brasília: DOU, 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 02 set. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília: DOU, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 02 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília: DOU, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 02 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2014a. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2016-anvisa---caderno-6---implantacao-nucleo-de-seguranca.pdf. Acesso em: 23 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo de Segurança do Paciente II**. Brasília: ANVISA, 2018. Disponível em: <https://www.repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6383/9/Unidade%20%20-%20Mecanismos%20para%20Prevencao%20de%20Queda%20dos%20Pacientes.pdf>. Acesso em: 03 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 15, de 15 de março de 2012**. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2012a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html. Acesso em: 23 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2013b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 02 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: ANVISA, 2013a.

Disponível em: https://www.portaldafenmagem.com.br/downloads/Livro1-Assistencia_Segura.pdf. Acesso em: 02 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf Acesso em: 02 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: DOU, 2013c.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRENNAN, T. A. et al. Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care. **JAMA**, Lisboa, v. 265, n. 24, p. 3265-3269, 1991. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2046108/>. Acesso em: 03 set. 2021.

BUENO, A. A. B.; FASSARELLA C. S. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede Cuidados Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 1-9, 2012. Disponível em:

<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/1573/843>. Acesso em: 02 set. 2020.

CARMO, J. M. A. et al. Culture of patient safety in hospital units of gynecology and obstetrics: a cross-sectional study. **Rev Bras Enferm.**, [S. l.], v. 73, n. 5, e20190576, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0576.

CARVALHO, P. D. et al. Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 01-11, jan./mar. 2017.

CHASSIN, M. R.; LOEB, J. M. The Ongoing Quality Improvement Journey: Next Stop, High Reliability. **Health Affairs**, Bethesda, v. 30, n. 4, p. 559-568, apr. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem**. Brasília: COFEn, 2015. Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html. Acesso em: 01 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 543/2017**. Brasília: COFEn, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html. Acesso em: 03 ago. 2022

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **10 passos para a segurança do paciente**. São Paulo: COREn. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/10-passos-para-a-seguranca-do-paciente/>. Acesso em: 03 set. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Boas Práticas: Cirurgias Segura**. São Paulo: COREn, 2011. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/cirurgia-segura>. Acesso em: 03 set. 2020

CRUZ, E. D. A. et al. Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. **Cogitare Enferm.**, [s. l.], v. 23, n. 1, e50717, 2018. DOI: 10.5380/ce.v23i1.50717.

DE VRIES, E. M. et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. **Qual Saf Health Care**, Amsterdam, v. 17, n. 1, p. 216-223, 2008.

DELL'ACQUA, M. C. Q. et al. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v. 5, n. 3, p. 43-48, jul. 1997. DOI: 10.1590/S0104-11691997000300007.

DENHAM, C. R. TRUST: the 5 Rights of the Second Victim. **Journal of Patient Safety**, Texas, v. 3, n. 2, p. 107-119, jun. 2007.

DUARTE, A. Por que as equipes não funcionam. 2011. Disponível em: http://www.gpportal.com.br/2011/10/por-que-as-equipes-nao-funcionam_22.html. Acesso em: 02 ago. 2021.

DUARTE, S. C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, São Paulo, p. 144-54, jan./fev. 2015.

FASSARELLA, C. S. et al. Cultura de segurança dos enfermeiros entre os serviços de um hospital universitário. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 72, n. 3, p. 803-809, 2019.

FASSARELLA, C. S. et al. Evaluation of patient safety culture: comparative study in university hospitals. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 52, e03379, 2018.

FÉLIX, R. S. **Cultura de segurança do paciente em uma maternidade na perspectiva de usuárias e equipe multiprofissional**. 2017. 180 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil) - Centro Universitário Franciscano, Santa Maria/RS, 2017. Disponível em: <http://www.tede.universidadefranciscana.edu.br:8080/handle/UFN-BDTD/622>. Acesso em: 10 jan. 2022.

GALVÃO, T. S. et al. Patient safety culture in a university hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto/SP, v. 26, e3014, 2018. DOI: 10.1590/1518-8345.2257.3014.

GAWANDE, A. A. et al. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. **Surgery**, [S. l.], v. 126, n. 1, p. 66-75, jul. 1999. DOI: 10.1067/msy.1999.98664.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, A. Q. F. **Iniciativas globais para segurança do paciente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GULDENMUND, F. W. The nature of safety culture: a review of theory and research. **Safety Science**, Amsterdam, v. 34, n. 1-3, p. 215-257, feb. 2000.

HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Qual Saf**, London, v. 20, n. 4, p. 338-343, apr. 2011.

HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE. Organising for Safety: Third Report of the ACSNI Study Group on Human Factors. London: HSE Books, 1993.

KAWAMOTO, A. M. et al. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **R. pesq. cuid. fundam. online**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 4387-4398, abr./jun. 2016. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4387-4398.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALSON, M. C. **To Err is Human: building a safer health system**. Washington: National Academy Press, 2000.

LEMOS, G. C. et al. Cultura de segurança do paciente em três instituições hospitalares: perspectiva da equipe de enfermagem. **Rev Baiana enferm.**, Salvador/BA, v. 36, e43393, 2022.

LETAIEF, M. et al. Adverse events in Tunisian hospitals: results of a retrospective cohort study. **Int J Qual Health Care.**, [S. l.], v. 22, n. 5, p. 380-385, out. 2010.

LIMA NETO, A. V. **Percepção da cultura de segurança do paciente pelos enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva**. 2017. 84 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/24590> Acesso em: 15 mar. 2022.

LOPEZ, E. C. M. S. et al. Cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino. **REME - Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte/MG, v. 24, e-1298, 2020. DOI: 10.5935/1415-2762.20200027.

MACEDO, T. R. et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. **Rev Esc Enferm USP.**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 756-762, 2016.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, 2013.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 279-284, ago. 2009.

MIRA, J. J. et al. Interventions in health organizations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. **BMC Health Services Research**, London, v. 15, n. 341, ago. 2015.

MORAES, I. K. N. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente no setor de hemodinâmica em um hospital privado de São Luís - MA. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, [s.l.], v. 2, ano 5, ed. 07, p. 43-56, jul. 2020.

MORETÃO, D. I. C. **A cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de um hospital de ensino da rede pública de saúde**. 2019. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFC-BBTR7U/1/diene_in_s_carvalho_moret_o.pdf Acesso em: 22 mar. 2022.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARAES, R. S. L.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte/MG, v. 17, n. 1, p. 69-75, jan./mar. 2013.

NICÁCIO, M. C. **Cultura de segurança da mulher no parto hospitalar: um estudo misto das percepções dos profissionais de enfermagem e médicos**. 2019. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

NIEVA, V. F.; SORRA J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **BMJ Quality e Safety**, London, v. 12, P. 17-23, dez. 2003.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 636-640, jul./set. 2015. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016/26245>. Acesso em: 02 ago. 2022.

NOTARO, K. A. M. et al. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v. 27, e3167, 2019.

OKUYAMA, J. H. H. et al. Health professionals' perception of patient safety culture in a university hospital in São Paulo: A cross-sectional study applying the Hospital Survey on Patient Safety Culture. **Sao Paulo Med. J.**, [s. l.], v. 137, n. 3, may/jun. 2019. DOI: 10.1590/1516-3180.2018.0430140319.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129. mar. 2014.

PANCIERI, A. P. et al. Safe surgery checklist: analysis of the safety and communication of teams from a teaching hospital. **Rev. Gaúcha Enferm**, Rio Grande do Sul, v. 34, n. 1, p. 71-78, mar. 2013.

PEDREIRA, M. L. G. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 800-801, 2009.

PEDRONI, V. S. et al. Cultura de segurança do paciente na área materno-infantil de hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.**, [S. l.], v. 41, n. esp, e20190171, 2020.

PEREIRA, B. T. et al. A passagem de plantão e a corrida de leite como instrumentos norteadores para o planejamento da assistência de Enfermagem. **REME - Rev. Min. Enferm**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 283-289, abr./jun. 2011.

PEREIRA, L. A. et al. Nursing and leadership: perceptions of nurse managers from a hospital in southern Brazil. **Rev Pesqui Cuid Fundam**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 1875-82, 2016.

PETENATE, A. J.; LAJOLO, C. **Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente**. [S. l.]: PROQUALIS/Icict/Fiocruz, 2011. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Cie%CC%82ncia%20da%20Melhoria_w_ebinar_proqualis.pdf Acesso em: 30 maio 2022.

PINHEIRO, M. P. **Segurança do paciente: diagnóstico e intervenções da educação permanente em um hospital universitário**. Rio de Janeiro, 2015.

REASON, J. **Human Error**. 11. ed. Cambridge/UK: Cambridge University Press, 2002.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. 2013. 203 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital *Surveyon Patient Safety Culture*: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, nov. 2012. DOI: 10.1590/S0102-311X2012001100019.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021**. Ribeirão Preto: Divisão de Planejamento em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/saude/plano-municipal-saude>. Acesso em: 02 set. 2020.

RIBEIRO, R.; SERVO, M. L. S.; SILVA FILHO, A. M. Perfil da cultura de segurança do paciente em um hospital público. **Enfermagem em Foco**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 504-511, 2021.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012.

ROCHA, C. et al. Lesão por pressão: proposta de sistematização da assistência de enfermagem em unidade de cuidados intensivos à luz da literatura. **Rev. Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, Goiânia, v. 1 n. 2, p. 1-18, 2009.

RODRIGUES, W. V. D. **Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente entre profissionais de saúde de um hospital público**. 2016. (Dissertação) - Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, 2016.

RUCIMAN, W. B. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **Int J Qual Health Care**, Oxford, v. 21, n. 1, p. 2-8, feb. 2009.

SANCHIS, D. Z. et al. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. **Rev Bras Enferm.**, [S. l.], v. 73, n. 5, e20190174, 2000.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, [S. l.], v. 49, n. esp, p. 123-130, 2015.

SÃO PAULO (Estado). **Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999**. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado. São Paulo: Assessoria Técnico - Legislativa, 1999. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1999/lei-10241-17.03.1999.html>. Acesso em: 02 ago. 2022.

SCHATKOSKI, A. M. et al. Segurança e Proteção à Criança hospitalizada: Revisão de Literatura. Artigo de Revisão. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v. 17, n. 3, mai./jun. 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4018/4748>. Acesso em: 08 mar. 2020.

SCHUH, L. X.; KRUG, S. B. F.; POSSUELO, L. Cultura de segurança do paciente em unidades de urgência/emergência. **Rev Fun Care Online**, [S. l.], v. 12, p. 616-621, jan./dez. 2020.

SCOTT, S. D. et al. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. **Qual Saf Health Care**, E.U.A., v. 18, n. 5, p. 325-30, oct. 2009.

SERRANO, A. C. F. F. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico. **REME - Rev Min Enferm**, [S. l.], v. 23, e-1183, 2019. DOI: 10.5935/1415-2762.20190031.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Serv Res.**, Texas, v. 6, n. 44, p. 1-10, apr. 2006. DOI: 10.1186/1472-6963-6-44.

SHCOLNIK, W. **Erros laboratoriais e segurança do paciente**: revisão sistemática. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de

Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro, fev. 2012. Disponível em: http://www.controllab.com.br/pdf/tese_mestrado_wilson_shco_lnik_2012.pdf. Acesso em: 07 set. 2020.

SILVA, A. C. A. B.; ROSA, D. O. S. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. esp., p. 01-10, 2016.

SILVA, M. F. **Cultura de segurança da equipe de enfermagem no serviço de urgência e emergência**. 2017. 68f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/23848>. Acesso em: 09 out. 2020.

SOLVES, J. J. M. et al. **Gula de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas**. [S. l.]: Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas, 2015. Disponível em: https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Guia-de-recomendaciones_sv-pdf.pdf Acesso em: 05 out. 2020.

SOOP, M. et al. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. **Int J Qual Health Care**, Suíça, v. 21, n. 4, p. 285-291, aug. 2009.

SORRA J. S.; DYER, N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. **BMC Health Services Research.**, E.U.A., v. 10, n. 199, p. 2-13, jul. 2010.

SORRA, J. S. et al. **Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide**. Rockville/MD: AHRQ, 2016. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf> Acesso em: 05 out. 2020.

SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. **Hospital survey on patient safety culture**. Rockville/MD: AHRQ, 2004. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

SOUSA, P. et al. **Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2011. p. 13-36.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 1325-1335, out. 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000800002.

SOUSA, P. Patient Safety: a Necessidade de uma estratégia nacional. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 19, p. 309-318, maio 2006. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/153419004>. Acesso em: 09 out. 2020.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

SOUZA, V. S. et al. Errors And Adverse Events: The Interface With Health Professionals' Safety Culture. **Cogitare Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 474-481, jul./sep. 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483647680004.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2022.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Mulher e trabalho - a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Rineirão Preto/SP, v. 11, n. 5, p. 593-600, set./out. 2003.

TAVARES, A. P. M. et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem. **Rev Rene.**, [S. l.], v. 19, e 3152, 2018.

TARTAGLIA, C. R. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. / Tese de doutorado Apresentada a FIOCRUZ, Rio de Janeiro: 2013.

TOBIAS, G. C. et al. de segurança em hospital de ensino: fortalezas e fraquezas percebidas por enfermeiros. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 1063-70, mar. 2016.

TOLEDO, S. A. R. G. et al. Cultura punitiva percebida por profissionais de saúde atuantes em unidades de terapia intensiva: revisão integrative. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 68, p. 7647-7660, 2021.

TOMAZONI, A. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 161-169, jan./mar. 2015.

TOMAZONI, A. et al. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v. 22, n. 5, p. 755-763, set./out. 2014.

TRAVASSOS, C.; CALAS, B. **A qualidade do cuidado e a segurança do paciente**: histórico e conceitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

TROYEN, A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalizes patients: results of the Harvard medical practice study. **The New England Journal of Medicine**, E.U.A., v. 324, n. 6, feb. 1991.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente**: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

WACHTER, R. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2. ed. São Paulo: AMGH Editora, 2013.

WORLD HEALT ORGANIZATION. Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Genebra: WHO, 2004. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about/world-alliance-for-patient-safety>. Acesso em: 07 jan. 2021.

*WORLD HEALTH ORGANIZATION. **First Global Patient Safety Challenge:** Clean Care is Safer Care. Genebra: WHO, 2006.*

*WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Research for patient safety:** better knowledge for safer care. Genebra: WHO, 2008a. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_en.p. Acesso em: 08 set. 2020.*

*WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety.** Genebra: WHO, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/gpsc/tools/InfSheet1.pdf?ua=1>. Acesso em: 07 jan. 2021.*

*WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Second Global Patient Safety Challenge:** Safe Surgery Saves Lives. Genebra: WHO, 2008b.*

APÊNDICES

APÊNDICE A - Hospital Survey on Patient Safety

Hospital Survey on Patient Safety

Instructions

This survey asks for your opinions about patient safety issues, medical error, and event reporting in your hospital and will take about 10 to 15 minutes to complete.

If you do not wish to answer a question, or if a question does not apply to you, you may leave your answer blank.

- An **“event”** is defined as any type of error, mistake, incident, accident, or deviation, regardless of whether or not it results in patient harm.
- **“Patient safety”** is defined as the avoidance and prevention of patient injuries or adverse events resulting from the processes of health care delivery.

SECTION A: Your Work Area/Unit

In this survey, think of your “unit” as the work area, department, or clinical area of the hospital where you spend most of your work time or provide most of your clinical services.

What is your primary work area or unit in this hospital? Select ONE answer.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Many different hospital units/No specific unit | <input type="checkbox"/> h. Psychiatry/mental health | <input type="checkbox"/> n. Other, please specify: |
| <input type="checkbox"/> b. Medicine (non-surgical) | <input type="checkbox"/> i. Rehabilitation | |
| <input type="checkbox"/> c. Surgery | <input type="checkbox"/> j. Pharmacy | |
| <input type="checkbox"/> d. Obstetrics | <input type="checkbox"/> k. Laboratory | |
| <input type="checkbox"/> e. Pediatrics | <input type="checkbox"/> l. Radiology | |
| <input type="checkbox"/> f. Emergency department | <input type="checkbox"/> m. Anesthesiology | |
| <input type="checkbox"/> g. Intensive care unit (any type) | | |

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your work area/unit.

Think about your hospital work area/unit...	Strongly Disagree	Disagree	Neither	Agree	Strongly Agree
	▼	▼	▼	▼	▼
1. People support one another in this unit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. We have enough staff to handle the workload.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. When a lot of work needs to be done quickly, we work together as a team to get the work done	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. In this unit, people treat each other with respect	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Staff in this unit work longer hours than is best for patient care	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION A: Your Work Area/Unit (continued)

	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
Think about your hospital work area/unit...					
6. We are actively doing things to improve patient safety	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. We use more agency/temporary staff than is best for patient care	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Staff feel like their mistakes are held against them	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Mistakes have led to positive changes here	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. It is just by chance that more serious mistakes don't happen around here	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. When one area in this unit gets really busy, others help out	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. When an event is reported, it feels like the person is being written up, not the problem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. After we make changes to improve patient safety, we evaluate their effectiveness	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. We work in "crisis mode" trying to do too much, too quickly	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Patient safety is never sacrificed to get more work done	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Staff worry that mistakes they make are kept in their personnel file	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. We have patient safety problems in this unit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Our procedures and systems are good at preventing errors from happening	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION B: Your Supervisor/Manager

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your immediate supervisor/manager or person to whom you directly report.

	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. My supervisor/manager says a good word when he/she sees a job done according to established patient safety procedures	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. My supervisor/manager seriously considers staff suggestions for improving patient safety	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Whenever pressure builds up, my supervisor/manager wants us to work faster, even if it means taking shortcuts	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. My supervisor/manager overlooks patient safety problems that happen over and over	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION C: Communications

How often do the following things happen in your work area/unit?

Think about your hospital work area/unit...	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼
1. We are given feedback about changes put into place based on event reports.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Staff will freely speak up if they see something that may negatively affect patient care	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. We are informed about errors that happen in this unit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Staff feel free to question the decisions or actions of those with more authority	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. In this unit, we discuss ways to prevent errors from happening again	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Staff are afraid to ask questions when something does not seem right	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION D: Frequency of Events Reported

In your hospital work area/unit, when the following mistakes happen, how often are they reported?

	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼
1. When a mistake is made, but is <i>caught and corrected before affecting the patient</i> , how often is this reported?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. When a mistake is made, but has <i>no potential to harm the patient</i> , how often is this reported?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. When a mistake is made that <i>could harm the patient</i> , but does not, how often is this reported?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION E: Patient Safety Grade

Please give your work area/unit in this hospital an overall grade on patient safety.

<input type="checkbox"/>				
A	B	C	D	E
Excellent	Very Good	Acceptable	Poor	Failing

SECTION F: Your Hospital

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your hospital.

Think about your hospital...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. Hospital management provides a work climate that promotes patient safety.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Hospital units do not coordinate well with each other.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Things "fall between the cracks" when transferring patients from one unit to another	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. There is good cooperation among hospital units that need to work together	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION F: Your Hospital (continued)

Think about your hospital...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
5. Important patient care information is often lost during shift changes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. It is often unpleasant to work with staff from other hospital units	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Problems often occur in the exchange of information across hospital units.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. The actions of hospital management show that patient safety is a top priority	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Hospital units work well together to provide the best care for patients	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Shift changes are problematic for patients in this hospital.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION G: Number of Events Reported

In the past 12 months, how many event reports have you filled out and submitted?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. No event reports | <input type="checkbox"/> d. 6 to 10 event reports |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 2 event reports | <input type="checkbox"/> e. 11 to 20 event reports |
| <input type="checkbox"/> c. 3 to 5 event reports | <input type="checkbox"/> f. 21 event reports or more |

SECTION H: Background Information

This information will help in the analysis of the survey results.

1. How long have you worked in this hospital?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 1 year | <input type="checkbox"/> d. 11 to 15 years |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 5 years | <input type="checkbox"/> e. 16 to 20 years |
| <input type="checkbox"/> c. 6 to 10 years | <input type="checkbox"/> f. 21 years or more |

2. How long have you worked in your current hospital work area/unit?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 1 year | <input type="checkbox"/> d. 11 to 15 years |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 5 years | <input type="checkbox"/> e. 16 to 20 years |
| <input type="checkbox"/> c. 6 to 10 years | <input type="checkbox"/> f. 21 years or more |

3. Typically, how many hours per week do you work in this hospital?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 20 hours per week | <input type="checkbox"/> d. 60 to 79 hours per week |
| <input type="checkbox"/> b. 20 to 39 hours per week | <input type="checkbox"/> e. 80 to 99 hours per week |
| <input type="checkbox"/> c. 40 to 59 hours per week | <input type="checkbox"/> f. 100 hours per week or more |

SECTION H: Background Information (continued)

4. What is your staff position in this hospital? Select ONE answer that best describes your staff position.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Registered Nurse | <input type="checkbox"/> j. Respiratory Therapist |
| <input type="checkbox"/> b. Physician Assistant/Nurse Practitioner | <input type="checkbox"/> k. Physical, Occupational, or Speech Therapist |
| <input type="checkbox"/> c. LVN/LPN | <input type="checkbox"/> l. Technician (e.g., EKG, Lab, Radiology) |
| <input type="checkbox"/> d. Patient Care Asst/Hospital Aide/Care Partner | <input type="checkbox"/> m. Administration/Management |
| <input type="checkbox"/> e. Attending/Staff Physician | <input type="checkbox"/> n. Other, please specify: |
| <input type="checkbox"/> f. Resident Physician/Physician in Training | <input style="width: 300px; height: 15px;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> g. Pharmacist | |
| <input type="checkbox"/> h. Dietician | |
| <input type="checkbox"/> i. Unit Assistant/Clerk/Secretary | |

5. In your staff position, do you typically have direct interaction or contact with patients?

- a. YES, I typically have direct interaction or contact with patients.
- b. NO, I typically do NOT have direct interaction or contact with patients.

6. How long have you worked in your current specialty or profession?

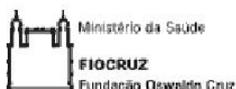
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 1 year | <input type="checkbox"/> d. 11 to 15 years |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 5 years | <input type="checkbox"/> e. 16 to 20 years |
| <input type="checkbox"/> c. 6 to 10 years | <input type="checkbox"/> f. 21 years or more |

SECTION I: Your Comments

Please feel free to write any comments about patient safety, error, or event reporting in your hospital.

THANK YOU FOR COMPLETING THIS SURVEY.

APÊNDICE B - Pesquisa sobre segurança do paciente em hospitais (HSOPSC)



Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

Instruções

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

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

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

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

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

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

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

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

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

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

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

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

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

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

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

SEÇÃO C: Comunicação

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

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

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

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

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

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

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

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

SEÇÃO F: O seu hospital

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

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

SEÇÃO F: O seu hospital (continuação)

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

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

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

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

SEÇÃO H: Informações gerais

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

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

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

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

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

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

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

SEÇÃO H: Informações gerais (continuação)

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

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

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

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

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

7. Qual o seu grau de instrução:

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

8. Qual a sua idade? _____ anos

9. Indique o seu sexo:

- a. Feminino
- b. Masculino

SEÇÃO I: Seus comentários

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

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

TÍTULO DO PROJETO: Cultura de Segurança do Paciente na Perspectiva da Equipe de Enfermagem de um Hospital Universitário.

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Paula Márcia Pereira Guerra

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da Silva

Eu, _____

RG. _____

Residente à Rua/Avenida _____

concordo em participar da pesquisa supracitada, após estar absolutamente esclarecido(a) dos propósitos da mesma.

1- JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Os cuidados ao paciente apesar de estar sendo descrito e estudado há tempos, o que observamos é uma maior complexidade, elevando o potencial dos riscos à segurança do paciente.

Quando implantamos protocolos de segurança do paciente, não é somente o paciente que se beneficia com a organização e empenho em evitar a ocorrência de eventos adversos, mas também a empresa prestadora de serviços de saúde, pois a qualidade do serviço melhora, gerando confiabilidade e satisfação por parte dos pacientes e segurança dos trabalhadores.

2 - OBJETIVOS DA PESQUISA**2.1 GERAL**

- Avaliar a cultura de segurança da equipe de enfermagem de um Hospital Universitário no interior paulista.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as fragilidades da cultura de segurança na Instituição, a partir da resposta dos participantes às questões do instrumento de Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais;

- Identificar as atitudes de segurança da equipe de enfermagem na Instituição do estudo, na prática cotidiana do trabalho em saúde;
- Analisar a percepção dos profissionais enfermagem sobre a segurança;
- Identificar oportunidades de melhorias, propondo um plano de ação na Instituição do estudo, com base nos dados obtidos na Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais.

3 - LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo será realizado em um hospital Universitário de médio porte da cidade de Ribeirão Preto. A Instituição possui 75 leitos, distribuídos em setores de internações Clínicas médica e cirúrgica, Maternidade, UCI neonatal, Centro cirúrgico, Central Material e Esterilização, Ambulatório de especialidades, Serviço de urgência e emergência, exames laboratoriais e imagem.

4 - PROCEDIMENTOS A QUE VOCÊ SERÁ SUBMETIDO

Você participará de uma pesquisa, direcionada aos profissionais de nível técnico e superior de Enfermagem, inseridos na assistência à saúde na cidade de Ribeirão, englobando o serviço Hospitalar. Será aplicado um questionário estruturado, previamente validado, para analisar qual o entendimento da equipe de enfermagem quanto à cultura de segurança do paciente. A aplicação do instrumento de pesquisa ocorrerá de forma on line através da plataforma Google Forms e em encontros nos respectivos locais de trabalho dos pesquisados.

A aplicação da pesquisa aos participantes ocorrerá presencialmente, com duração de 10 a 15 minutos, o tempo da coleta de dados estima-se se dar no período de março a abril. O instrumento é composto por duas partes, a primeira é referente a identificação dos participantes e a segunda são perguntas objetivas e discursivas relacionadas ao tema a ser explorado.

5 - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa com o seguinte tema: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo.

Os riscos da pesquisa se baseiam na individualidade de cada participante, pois pode se sentir desconfortável em responder alguma questão que comprometa a sua ética profissional e até mesmo ter vivenciado alguma negligência assistencial relacionada a algum evento adverso, ou ainda sentimento de onipotência ao fazer uma análise crítica do seu local de trabalho e equipe.

Ainda, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o seu consentimento livre e esclarecido é necessário.

6 - OUTRAS INFORMAÇÕES

É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta Instituição, respaldando-se inclusive, nos conteúdos preconizados na Resolução nº 466 (BRASIL, 2012b) e nº 510 (BRASIL, 2016), onde está assegurada, inclusive, a privacidade dos sujeitos.

Será mantida a confidencialidade de todos os dados coletados, sendo que as informações obtidas serão usadas somente nesse estudo. Também será garantido ao participante o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Os pontos positivos e/ou benefícios dessa pesquisa consideram a análise da cultura de segurança do paciente no hospital onde trabalha, o clima organizacional e garantir possíveis soluções para as questões encontradas, de acordo com a equipe de enfermagem, além de determinar pontos positivos e negativos dessas relações.

A(o) participante que responder a pesquisa no formato presencial, assinará duas vias do Termo de Consentimento, sendo que uma ficará de posse das pesquisadoras e a outra, será entregue ao participante, caso a pesquisa tenha sido respondida de forma online, o participante poderá imprimir a sua via do termo de consentimento, nesse documento terão os contatos e dados das pesquisadoras.

Quaisquer dúvidas de sua parte poderão ser dirimidas também junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto, pelo telefone: 36036915.

Ribeirão Preto/SP, ____/____/____

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo para a participação deste estudo.

Prof.^a Dr.^a Silvia Sidnéia da Silva (Pesquisadora orientadora responsável)

RG: 20907158 **CPF:** 144427278-05 **E-mail:** sssilva@unaerp.br

Paula Márcia Pereira Guerra (Pesquisador)

RG: 241643843 **CPF:** 29638896825 **E-mail:** paula.guerra@sou.unaerp.edu.br
Av Jose Herbert Faleiros, 600, bairro Recreio das Acácias, Ribeirão Preto

Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)
Av. Costábile Romano, n. 2201, Bairro Ribeirânia, Ribeirão Preto-SP
Fone: (16) 3603-6840 e 3603-6887

APÊNDICE D - Declaração da pesquisadora**DECLARAÇÃO DA PESQUISADORA**

Eu, Paula Márcia Pereira Guerra, na condição de pesquisadora responsável por este projeto, sendo orientada pela Prof.^a Dr.^a Silvia Sidnéia da Silva, DECLARO que:

- Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações;
- As informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizadas apenas para atingir o objetivo previsto na pesquisa;
- Os dados serão coletados no banco de dados disponibilizado pela Instituição hospitalar onde está proposto o estudo e me responsabilizo pelo arquivo e sua guarda, após o uso;
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados, após autorização da Instituição onde ocorrerá o estudo, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP);
- Comunicarei ao CEP da suspensão ou do encerramento da pesquisa, caso essa condição se configure necessária no processo de realização do estudo proposto;
- Cumprirei os termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde;
- O CEP será comunicado em caso de efeitos adversos da pesquisa.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Silvia Sidnéia da Silva - Pesquisadora responsável - Orientadora
CPF: 144427278-05
RG: 20907158

Paula Márcia Pereira Guerra - Pesquisadora
CPF: 29638896825
RG: 24638896825

Ribeirão Preto/SP, 00 de abril de 2021.

APÊNDICE E - Carta de apresentação e solicitação de autorização para pesquisa
(ao diretor técnico)

Ao Sr. Fernando Marcos Gomes
Diretor Técnico do Hospital Electro Bonini

Carta de Apresentação e solicitação de autorização para a pesquisa

Me chamo Paula Márcia Pereira Guerra, sou enfermeira e mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação na Universidade de Ribeirão Preto e estou concluindo a primeira etapa do projeto intitulado: Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de um Hospital Universitário, cujo objetivo é avaliar a cultura de segurança da equipe de enfermagem, identificando as fragilidades e atitudes de segurança da equipe de enfermagem do Hospital Universitário Electro Bonini.

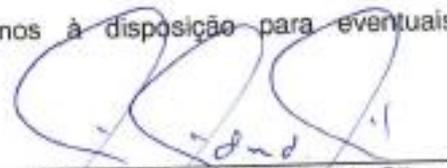
A relevância para a escolha deste tema se justifica uma vez que a Cultura de Segurança do Paciente ainda é pouco difundida entre os profissionais. Nesta primeira fase, o intuito é realizar a coleta de dados na qual será aplicado um questionário que investiga o conhecimento que os profissionais possuem acerca da cultura de segurança.

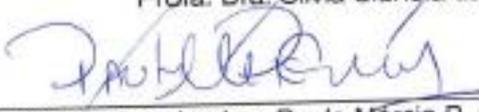
A participação neste projeto é voluntária e dar-se-á mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução 466/12 e 510/16 da CONEP.

Mediante a característica desta instituição em privar pela cultura da segurança e o impacto positivo desta investigação, gostaria de solicitar a autorização para a realização da coleta das informações já citadas, entre os colaboradores da equipe de enfermagem.

Ressaltamos que a participação neste projeto contribuirá para o diagnóstico da situação e fomentarão o desenvolvimento de pesquisas e ações futuras que melhorem e viabilizem a adesão dos profissionais aos diferentes cuidados que envolvem a segurança do paciente.

Desde já agradecemos e colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.


Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva


Enfermeira Pesquisadora Paula Márcia P. Guerra

Ribeirão Preto, 08 de março de 2022.


Dr. Fernando Marcos Gomes
Diretor Clínico do Hospital Electro Bonini
CRM 96112 - RPPS 37615926-24
CNS 2446289712008

APÊNDICE F - Carta de apresentação e solicitação de autorização para pesquisa (à coordenadora administrativa de enfermagem)

À Sra. Doraci Franco de Brito Ferreira
Coordenadora Administrativa de Enfermagem do Hospital Electro Bonini

Carta de Apresentação e solicitação de autorização para a pesquisa

Me chamo Paula Márcia Pereira Guerra, sou enfermeira e mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação na Universidade de Ribeirão Preto e estou concluindo a primeira etapa do projeto intitulado: Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de um Hospital Universitário, cujo objetivo é avaliar a cultura de segurança da equipe de enfermagem, identificando as fragilidades e atitudes de segurança da equipe de enfermagem do Hospital Universitário Electro Bonini.

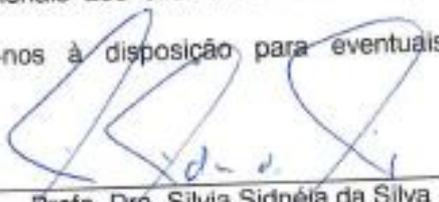
A relevância para a escolha deste tema se justifica uma vez que a Cultura de Segurança do Paciente ainda é pouco difundida entre os profissionais. Nesta primeira fase, o intuito é realizar a coleta de dados na qual será aplicado um questionário que investiga o conhecimento que os profissionais possuem acerca da cultura de segurança.

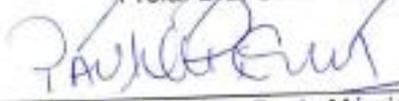
A participação neste projeto é voluntária e dar-se-á mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução 466/12 e 510/16 da CONEP.

Mediante a característica desta instituição em privar pela cultura da segurança e o impacto positivo desta investigação, gostaria de solicitar a autorização para a realização da coleta das informações já citadas, entre os colaboradores da equipe de enfermagem.

Ressaltamos que a participação neste projeto contribuirá para o diagnóstico da situação e fomentarão o desenvolvimento de pesquisas e ações futuras que melhorem e viabilizem a adesão dos profissionais aos diferentes cuidados que envolvem a segurança do paciente.

Desde já agradecemos e colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.


Prof. Dra. Silvia Sidneia da Silva


Enfermeira Pesquisadora Paula Márcia P. Guerra

Ribeirão Preto, 08 de março de 2022.

De acordo.



Doraci Franco de Brito
COREN-SP 281751-ENF
08/03/2022

ANEXOS

ANEXO A - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNAERP - UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO</p> </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>				
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP				
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA				
Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: EXPECTATIVA E REALIDADE				
Pesquisador: Sílvia Sidnéia da Silva				
Área Temática:				
Versão: 1				
CAAE: 52612621.0.0000.5498				
Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP				
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio				
DADOS DO PARECER				
Número do Parecer: 5.152.195				
Apresentação do Projeto:				
As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios", foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1843097.pdf), do Projeto Detalhado (ProjetoPaulaMarciaCEP17102021.docx) do TCLE (TCLEPaula.pdf), Cronograma (CRONOGRAMAPaula.xlsx), Declaração de Pesquisadores (DeclaracaoPesquisadoraPaula.pdf), Orçamento (OrçamentoPaula.pdf), Declaração de Instituição e Infraestrutura (FormularioSolicitacaoAutorizacaoUnimed.pdf), Folha de Rosto (FolhaderostoPaula1710.pdf) e Outros (Instrumento1.pdf e Instrumento2.pdf), todos anexados na Plataforma Brasil em 17/10/2021.				
Objetivo da Pesquisa:				
Segundo os pesquisadores, o objetivo primário é "Avaliar a cultura de segurança da equipe de enfermagem de um hospital privado no interior paulista." E os objetivos secundários são: "Identificar as fragilidades da cultura de segurança na Instituição, a partir da resposta dos participantes às questões do instrumento de Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais; Identificar as atitudes de segurança da equipe de enfermagem de uma Instituição hospitalar privada de Ribeirão Preto; Analisar a percepção dos profissionais sobre a segurança; Identificar oportunidades de melhorias, propondo um plano de ação na Instituição do estudo, com base nos dados obtidos na Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais."				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D</td> </tr> <tr> <td>Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.095-380</td> </tr> <tr> <td>UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (16)3603-6895 Fax: (16)3603-6815 E-mail: cetica@unaerp.br</td> </tr> </table>	Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D	Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.095-380	UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO	Telefone: (16)3603-6895 Fax: (16)3603-6815 E-mail: cetica@unaerp.br
Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D				
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.095-380				
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO				
Telefone: (16)3603-6895 Fax: (16)3603-6815 E-mail: cetica@unaerp.br				
Página 01 de 04				

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 5.152.195

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os pesquisadores, com relação aos riscos, foi informado que “Os riscos da pesquisa se baseiam na individualidade de cada participante, pois pode se sentir desconfortável em responder alguma questão que comprometa a sua ética profissional e até mesmo ter vivenciado alguma negligência assistencial relacionada a algum evento adverso, ou ainda sentimento de onipotência ao fazer uma análise crítica do seu local de trabalho e equipe. No caso de ocorrer desconfortos, o participante será orientado a procurar ajuda psicológica em seu convênio, acompanhado pela pesquisadora.”

Quanto aos benefícios “Os pontos positivos e/ou benefícios dessa pesquisa pautam-se em analisar a cultura de segurança do paciente no hospital juntamente com o clima organizacional, e garantir possíveis soluções para as questões encontradas, na perspectiva da equipe de enfermagem, além de determinar pontos positivos e negativos dessas relações.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa avaliado é intitulado “Cultura de segurança do paciente: expectativa e realidade”, a ser executado com financiamento próprio no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), nível Mestrado, sendo a docente responsável a Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva e a mestranda Paula Marcia Pereira Guerra. A pesquisa tem caráter acadêmico e se trata de uma pesquisa de campo Trata-se de um estudo de campo, do tipo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa. O estudo tem início previsto entre dezembro de 2021 a janeiro de 2022, com recrutamento e coleta de dados dos participantes da pesquisa e finalização prevista para julho de 2022, com a defesa da dissertação da aluna. Segundo os autores, o estudo será realizado em um hospital privado de grande porte, da cidade de Ribeirão Preto e “a população do estudo será composta de 98 enfermeiros, 353 técnicos e 29 auxiliares de enfermagem (totalizando 480 profissionais da equipe de Enfermagem)”. A coleta dos dados dos participantes da pesquisa será realizada por meio da aplicação do questionário HSOPSC, desenvolvido pela Agency For Healthcare Research and Quality - AHRQ numa versão aplicável aos hospitais (AHRQ, 2010) o qual foi traduzido para português e validado para realidade dos hospitais brasileiros, conforme referenciado pelas pesquisadoras no projeto de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações”

Recomendações:

Vide campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações”

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 5.152.195

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pesquisadoras apresentaram todos os documentos e informações necessárias, condizentes com os aspectos éticos da pesquisa, incluindo a autorização do hospital onde será realizado o estudo. Sugere-se apenas que o TCLE seja paginado sequencialmente, indicando no número total de páginas e, em cada página, a paginação referente à mesma. Por exemplo, o TCLE possui, quatro páginas, o mesmo deverá ser paginado da seguinte forma: 1-4, 2-4, 3-4 e, por fim, 4-4. Desta forma o participante da pesquisa ficará ciente de que todas as páginas estão presentes no documento.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/2012, no item XI.2 d, cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar o relatório final de sua pesquisa ao Sistema CEP/CONEP. Além do relatório final, caso o estudo seja interrompido ou cancelado, é de responsabilidade do pesquisador comunicar ao CEP esta suspensão ou cancelamento. Para que estas comunicações sejam feitas, o pesquisador deve inicialmente acessar o modelo de relatório disponibilizado por esse CEP, preenche-lo e assina-lo adequadamente. Após preenchimento e assinatura, o relatório deve ser encaminhado ao CEP em formato PFD através do envio de uma notificação pela Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1843097.pdf	17/10/2021 18:20:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPaulaMarciaCEP17102021.docx	17/10/2021 18:19:46	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Outros	Instrumento2.pdf	17/10/2021 17:54:34	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Outros	Instrumento1.pdf	17/10/2021 17:54:08	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoPesquisadoraPaula.pdf	17/10/2021 17:53:09	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Orçamento	OrcamentoPaula.pdf	17/10/2021 17:52:38	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	FormularioSolicitacaoAutorizacaoUnimed.pdf	17/10/2021 17:52:04	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLEPaula.pdf	17/10/2021 17:51:31	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 5.152.195

Justificativa de Ausência	TCLEPaula.pdf	17/10/2021 17:51:31	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAPaula.xlsx	17/10/2021 17:50:56	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoPaula1710.pdf	17/10/2021 10:28:31	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 07 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Luciana Rezende Alves de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

ANEXO B - Cartaz comunicando aos profissionais da instituição hospitalar sobre a realização da pesquisa

PARTICIPE DA PESQUISA

**CULTURA DE SEGURANÇA
DO PACIENTE NA PERSPECTIVA
DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**



de 15/03 a 28/03

Para participar é preciso:

- Ser profissional de enfermagem
- Atuar no Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto

Sua participação é muito importante!

Para acessar a Pesquisa aponte o celular para QR code ou no link



<https://shortest.link/2zt4>

Pesquisadoras:

Paula Márcia Pereira Guerra
Prof^a. Dra. Silvia Sidnéia da Silva



MESTRADO EM
SAÚDE E EDUCAÇÃO

Contato: paula.guerra@sou.unaerp.edu.br 

(16) 99224-6246 

ANEXO C - Cartaz comunicando aos profissionais da instituição hospitalar sobre a realização da pesquisa de forma presencial e a prorrogação da coleta on line.

PARTICIPE DA PESQUISA

**CULTURA DE SEGURANÇA
DO PACIENTE NA PERSPECTIVA
DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Presencial (manhã, tarde e noite)
07/04 a 14/04 e on line até 15/04**

Para participar é preciso:

- Ser profissional de enfermagem
- Atuar no Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto

Sua participação é muito importante!

Para acessar a Pesquisa aponte o celular para QR code ou no link



<https://shortest.link/2zt4>

Pesquisadoras:
Paula Márcia Pereira Guerra
Profª. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva



Contato: paula.guerra@sou.unaerp.edu.br 
(16) 99224-6246 

ANEXO D – PRODUTO 1 - Relatório de pesquisa científica

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

PAULA MARCIA PEREIRA GUERRA

RELATÓRIO DE PESQUISA CIENTÍFICA
PRODUTO 1

RIBEIRÃO PRETO
2022

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO
RELATÓRIO DA PESQUISA CIENTÍFICA

Título da Pesquisa: Cultura de Segurança do Paciente na Perspectiva da Equipe de Enfermagem de um Hospital Universitário
Pesquisadora Responsável: Paula Marcia Pereira Guerra
Orientadora: Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva
Local do Estudo: Hospital Electro Bonini
Participantes do Estudo: Equipe de Enfermagem

INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta os principais achados da pesquisa intitulada “Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de um hospital universitário”. O estudo teve por objetivo avaliar a cultura de segurança da equipe de enfermagem de um Hospital Universitário no interior paulista, identificando as fragilidades, as atitudes de segurança e a percepção dos profissionais na prática cotidiana do trabalho em saúde, a partir da resposta dos participantes às questões do instrumento de Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais.

A relevância do tema segurança do paciente não se revela uma questão recente, e tem suas dimensões difundidas em nível mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2010), a segurança do paciente envolve a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. Acreditamos que a limitação de atos inseguros nos processos assistenciais está relacionada com a realização de práticas de cuidado que alcancem os melhores resultados possíveis para o paciente.

Schatkoski et al. (2009) complementam que a segurança do paciente inclui a prevenção de danos na assistência à saúde e a redução das repercussões desses, na vida dos pacientes.

Vincent (2009) destaca que a expressão pode ser definida como o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões consequentes do processo de atendimento hospitalar, no entanto, apesar do tema vir sendo descrito e estudado por mais de um século observam-se lacunas referentes ao entendimento acerca da

extensão e a gravidade do problema por parte dos profissionais de saúde, em geral, de acordo com a vivência das pesquisadoras.

A *World Health Organization* - WHO (2010) associa o termo segurança do paciente com a identificação, análise e gerência de riscos e incidentes relacionados com paciente, com o intuito de ser ofertado o cuidado mais seguro, minimizando possíveis danos. Nesta perspectiva, há que se considerar à luz de conceitos como acreditação hospitalar, gestão de risco, erro médico, evento adverso, evento sentinela, entre outros, as expectativas com relação à aceitação do insucesso que fere a segurança do paciente e que ainda são muito pequenas.

Mendes et al. (2009) definem Evento Adverso como um erro ou incidente que pode ser definido como o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente, podendo ser oriundo de atos intencionais ou não.

A segurança ganhou relevância, quando foi divulgado o relatório do Institute of Medicine (IOM) *Errar é Humano* (1999), o qual se baseava na incidência de eventos adversos (EA's) em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado; onde apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano, vítimas de EA's nos Estados Unidos da América (EUA), considerando o período delimitado naquela pesquisa. Outros estudos, também evidenciaram que, em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e, destes, 50% são evitáveis.

Pedreira (2009) explica que com o desenvolvimento das ciências da saúde como uma área mais vantajosa e lucrativa, os investimentos e avanços permitiram alterar e ampliar a longevidade e a qualidade de vida, contudo, o caminho trilhado para chegar até esse momento também fez com que os pacientes se expusessem a riscos de sofrer danos. Gomes (2010) aponta a identificação dos riscos atrelados ao processo do cuidado como um dos maiores desafios a ser enfrentado pelas instituições prestadoras de cuidados.

Acredita-se que a cultura de segurança, quando estabelecida na instituição, encoraja os colaboradores a relatar os erros cometidos na assistência em saúde sem receio de punição, estimula as notificações de não conformidades de processos e os movimentos colaborativos na direção de soluções para problemas de segurança do paciente, proporcionando que as ações de melhoria sejam otimizadas. Espera-se que

esse estudo, de forma ampliada, contribua para o tema “cultura de segurança do paciente” afim de realizar um diagnóstico da cultura de segurança do paciente de uma instituição hospitalar com o intuito de garantir a qualidade do serviço e práticas seguras, envolvendo a temática.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo de campo, do tipo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa.

Segundo afirma Gil (2008), a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como realizado na presente investigação ao utilizar o questionário HSOPSC - Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais, avaliando a cultura de segurança de um hospital universitário de Ribeirão Preto.

Em complementaridade, o autor supracitado acrescenta que as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

O questionário utilizado foi desenvolvido pela *Agency For Healthcare Research and Quality* - AHRQ na versão aplicável aos hospitais (SORRA *et al.*, 2018) e, posteriormente, traduzido para português e validado para realidade dos hospitais brasileiros.

O questionário HSOPSC possui 42 itens distribuídos em nove diferentes seções, que medem 12 dimensões de cultura de segurança do paciente, divididos em Seção A: sua área/unidade de trabalho; Seção B: seu supervisor/chefe; Seção C: comunicação; Seção D: frequência de eventos notificados; Seção E: nota de segurança do paciente; Seção F: seu hospital; Seção G: número de eventos relatados; Seção H: variáveis sociodemográficos que caracterizam os profissionais; Seção I: questão subjetiva, que convida o profissional a descrever seus comentários sobre a segurança do paciente ou circunstâncias notificáveis no hospital.

As definições de cada uma das dimensões mensuráveis pelo HSOPSC (SORRA; DYER, 2010), descritas no Quadro 2, auxiliam a melhor compreensão da avaliação da cultura de segurança do paciente.

Quadro 1 - Definições das dimensões mensuráveis pelo HSOPSC

Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores	Avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões e opiniões dos funcionários para melhoria da segurança do paciente, também reconhece se os funcionários participam nos procedimentos para melhorar segurança do paciente.
Aprendizado organizacional e melhoria contínua	Avalia se a organização possui o aprendizado a partir dos erros e analisa a efetividade das ações implementadas.
Trabalho em equipe dentro das unidades	Identifica se os funcionários tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe, com apoio mútuo.
Abertura da comunicação	Avalia se os funcionários do hospital conversam sobre os incidentes que podem afetar a segurança do paciente e se eles se sentem à vontade para questionar os seus supervisores sobre o assunto.
Retorno das informações e da comunicação sobre incidentes	Avalia a percepção dos funcionários sobre notificação de EA e implementação de mudanças e estratégias para evitar futuros incidentes.
Resposta não punitiva aos erros	Avalia como os funcionários se sentem com relação aos incidentes que estão envolvidos e se eles pensam que esses incidentes podem ser usados contra eles.
Adequação de profissionais	Avalia se os funcionários possuem uma carga horária de trabalho adequada para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	Avalia se a gestão do hospital propicia um ambiente de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que esse tema é prioridade.
Trabalho em equipe entre as unidades	Avalia se as unidades do hospital cooperam umas com as outras para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes.
Passagens de plantão/turno e transferências internas	Avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes são passadas entre os funcionários do hospital durante as mudanças de plantão ou de turno e durante as transferências internas dos pacientes.
Percepção geral da segurança do paciente	Avalia os procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de EA e a ausência de problemas de segurança do paciente no hospital.
Frequência de eventos notificados	Avalia o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados e corrigidos antes que esses afetassem o paciente.

Fonte: Sorra e Dyer (2010).

Com relação aos procedimentos operacionais de coleta de dados, a lista com os nomes dos profissionais foi disponibilizada pela Coordenadora de Enfermagem da instituição, sendo realizadas estratégias para auxiliar na coleta dos dados, como a distribuição de cartazes que foram afixados nos setores para convidar a equipe de enfermagem a participar da pesquisa. A aplicação foi realizada de forma online através da plataforma Google Forms e também de forma presencial, em todos os períodos: manhã, tarde e noite e a aplicação do questionário ocorreu entre os meses março e abril 2022, e todos os participantes tiveram seu anonimato preservado.

Após esta análise, os dados foram computados em uma planilha Excel® 2016, e analisados por meio de cálculos percentuais de respostas positivas às dimensões sobre cultura de segurança do paciente, definidos como o percentual médio de respostas positivas aos itens componentes da dimensão do HSOPSC.

O percentual de respostas positivas para cada dimensão foi calculado usando a fórmula, proposta por Sorra e Nieva (2004):

$$\% \text{ de respostas positivas ao item da dimensão X} = \left[\frac{\text{número de respostas positivas ao item da dimensão X}}{\text{número total de respostas válidas ao item da dimensão X (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)}} \right] \times 100$$

É importante registrar que a pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), e pelo Hospital Electro Bonini.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo os 41 (100%) profissionais de enfermagem que atuam em diferentes setores da instituição pesquisada. Os resultados apresentados na Tabela 1 caracterizam os participantes elegíveis neste estudo quanto ao sexo, faixa etária, grau de instrução, cargo/função e tempo de trabalho na área/especialidade.

A análise realizada na população em estudo, 35 (85%) dos participantes são do sexo feminino, predominantemente com idades compreendidas na faixa etária de 31 a 40 anos - 17(44%) da população, seguida de 16(41%) com idades entre 41 a 50 anos; e 02(5%) participantes não relataram suas idades. (Tabela 1)

Com relação ao grau de instrução houve predomínio de participantes 23 (56%) que possuíam o segundo grau completo e 07(17%) com Pós-Graduação Nível *Lato sensu* e apenas 01(2%) com Pós-Graduação *Stricto Sensu* Nível Mestrado/Doutorado; a maioria da população, 21(51%) é de auxiliares de enfermagem. (Tabela 1)

Quanto ao tempo de trabalho na área da enfermagem, prevaleceu na população 15(37%) dos profissionais com 1 a 5 anos e 10(24%) que possuem experiência de 6 a 10 anos na área. Ainda cabe ressaltar que 08 (20%) atuam na área de enfermagem a menos de 1 ano. (Tabela 1)

Tabela 1 - Caracterização dos profissionais de enfermagem do Hospital Universitário Electro Bonini da UNAERP, Ribeirão Preto, 2022.

	Variáveis	N	%
Sexo	Feminino	35	85
	Masculino	6	15
	Total	41	100
	Dados ausentes	0	0
Idade - anos	Menos de 20	0	0
	21-30	4	10
	31-40	17	44
	41-50	16	41
	51-60	2	5
	61 ou mais	0	0
	Total	39	100
	Dados ausentes	2	2
Grau de instrução	Primeiro Grau (Ensino Básico) Incompleto	0	0
	Primeiro Grau (Ensino Básico) Completo	0	0
	Segundo Grau (Ensino Médio) Incompleto	0	0
	Segundo Grau (Ensino Médio) Completo	23	56
	Ensino Superior Incompleto	5	12
	Ensino Superior Completo	5	12
	Pós-Graduação (Nível Especialização)	7	17
	Pós-Graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)	1	2
	Total	41	100
	Dados ausentes	0	0
Cargo/função no hospital	Auxiliar de enfermagem	21	51
	Técnico de enfermagem	10	24
	Enfermeiro	10	24
	Total		
	Dados ausentes	0	0
Tempo de trabalho na área/especialidade - anos	Menos de 1	8	20
	1 a 5	15	37
	6 a 10	10	24
	11 a 15	6	15
	16 a 20	1	2
	21 ou mais	1	2
	Total	41	100
	Dados ausentes	0	0

Fonte: elaborado pela própria autora (2022).

Com relação ao gênero, analisando os estudos, pode-se perceber predominância do sexo feminino também nos achados da literatura, como no estudo realizado por Silva e Rosa (2016) - 97,6%; Tobias *et al.* (2016) - 89,7%, Cruz *et al.* (2018) - 88% e Galvão *et al.* (2018) - 73%.

Segundo uma pesquisa realizada pelo COFEn e Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz (COFEn, 2015) no ano de 2015, 84,6% dos profissionais em atuação na enfermagem no País eram de pessoas do sexo feminino. Historicamente, a enfermagem é uma profissão construída e desempenhada, em sua grande maioria por mulheres, sendo as precursoras Florence Nightingale na Europa e Anna Nery no Brasil.

Estudo realizado por Spindola e Santos (2003), em um hospital público do Rio de Janeiro apresentam relatos de mulheres, mães e profissionais da enfermagem. Os autores destacam a força e a mudança do contexto social da mulher, que antes dedicava-se exclusivamente ao cuidado da família e da casa, para acúmulo de mais uma função: o trabalho fora de casa.

Ainda Spindola e Santos (2003) apontam a angústia das mulheres em não conseguirem acompanhar o crescimento dos filhos, auxiliar como gostariam nos estudos, na educação e muitas vezes abrir mão do convívio com os amigos - contrapondo-se à realização profissional, independência financeira e o sentir-se respeitada.

Ser mulher, mãe e trabalhadora da enfermagem inclui enfrentar as dificuldades impostas pela vida, um desafio constante para o gênero, uma sucessão de sentimentos e sensações que permeiam o viver de cada uma, delineando e revelando suas histórias de vida, uma superação diária.

Com relação a faixa etária, Tobias *et al.* (2016) apontam que 40,6% tinham idades entre 24 a 64 anos; já no estudo de Santiago e Turrini (2015) 37,3% tinham entre 21 a 58 anos e de Sanchis *et al.* (2020), 60,8% participantes estavam com idades entre 20 e 39 anos.

As instituições necessitam de equipes engajadas e coesas, que saibam lidar com as adversidades e conflitos diários, e a idade muitas vezes traz a maturidade e a bagagem necessária para os fatores decisivos, mas é importante lembrar que a instituição deve investir em treinamentos, orientações, a escuta, o diálogo, para que

os profissionais se sintam respeitados, ouvidos, colaborando com a evolução e qualidade da assistência (LEMOS et al., 2022).

Quanto ao grau de instrução, a maioria dos profissionais possuía o segundo grau completo, corroborando os dados do estudo realizado por Abreu *et al.* (2019) que nos trouxe resultado de 43,5%, de Schuh, Krug e Possuelo (2020) com 58,2% e de Sanchis et al. (2020), 83,9%. Esse grau de instrução é obrigatório para a o auxiliar e técnico de Enfermagem, que é a maioria da categoria em exercício na Enfermagem - Lei nº 7.498 (BRASIL, 1986).

Ao encontrarmos os auxiliares de enfermagem como mais de 50% da categoria contratada no hospital do estudo, ao analisarmos os estudos em que auxiliares e técnicos de enfermagem participaram, em sua totalidade, a maior categoria era técnicos de enfermagem, contrapondo nossos achados, mostrando que as instituições já optam pela contratação desta categoria como Mello e Barbosa (2013); Tomazoni et al. (2014); Souza et al. (2015); Pinheiro (2015); Santiago e Turrini (2015); Tomazoni et al. (2015); Silva e Rosa (2016); Macedo et al. (2016); Rodrigues (2016); Andrade (2016); Borba Netto e Severino (2016); Silva (2017); Félix (2017); Cruz et al. (2018); Galvão et al. (2018); Andrade et al. (2018); Tavares et al. (2018); Nicácio (2019); Notaro et al. (2019); Serrano et al. (2019); Moretão (2019); Batista et al. (2019); Abreu et al. (2019); Okuyama et al. (2019); Schuh, Krug e Possuelo (2020); Lopez et al. (2020); Sanchis et al. (2020); Pedroni et al. (2020); Carmo et al. (2020); Moraes et al. (2020) e Lemos et al. (2022).

Quanto ao tempo de trabalho na área da enfermagem, observamos 25 (61%) dos profissionais possuem experiência na área de 1 a 10 anos, conferindo uma bagagem importante de conhecimento na assistência.

Estudo realizado no ano de 2020, por Moraes e colaboradores, demonstra resultado análogo à pesquisa em questão, apontando que 41% da equipe de enfermagem pesquisada trabalham na profissão entre 1 a 5 anos e 32% de 6 a 10 anos, totalizando 73% dos profissionais com até 10 anos de experiência na área, à disposição da Instituição. A experiência dos profissionais nos traz uma vivência para a prática em saúde com foco em novos saberes, ampliando o conhecimento, promovendo a obtenção de resultados positivos no trabalho realizado, promovendo um cuidado contínuo e de qualidade ao paciente, propiciando ainda uma organização

do processo de cuidar capaz de gerar informações que, quando compartilhadas e analisadas pela equipe, modificam condutas e pode gerar novos conhecimentos.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos profissionais por área/unidade de trabalho, tempo de trabalho no hospital, carga horária semanal, tempo de trabalho na atual área/unidade e contato com paciente.

Quanto a Unidade de trabalho dos profissionais, identificou-se que a maior porcentagem se concentram na clínica cirúrgica e obstétrica, perfazendo um total de 12 (29%) em cada local, totalizando 24 (58%) da população. (Tabela 2)

Analisando o tempo de atividade no Hospital Electro Bonini, 18 (44%) trabalham entre 1 a 5 anos e 12 (29%) profissionais entre 6 a 10 anos.

Tabela 2 - Principal área/unidade de trabalho, tempo de trabalho no hospital, carga horária semanal, tempo de trabalho na atual área/unidade e contato com paciente - Hospital Universitário Electro Bonini da UNAERP, Ribeirão Preto, 2022.

	Variáveis	N	%
Principal área/unidade de trabalho no hospital	Diversas áreas/nenhuma específica	5	12
	Clinica (não cirúrgica)	0	0
	Cirurgia	12	29
	Obstetrícia	12	29
	Pediatria	0	0
	Setor Emergência	2	5
	Unidade de Terapia Intensiva (qualquer tipo)	0	0
	Psiquiatria / Saúde Mental	0	0
	Reabilitação	0	0
	Farmácia	0	0
	Laboratório	0	0
	Radiologia	0	0
	Anestesiologia	0	0
	Outras	10	24
Total	41	100	
Dados ausentes	0	0	
Tempo de trabalho neste hospital - anos	Menos de 1	7	17
	1 a 5	18	44
	6 a 10	12	29
	11 a 15	3	7
	16 a 20	1	2
	21 ou mais	0	0
	Total	41	100
	Dados ausentes	0	0
Carga horária semanal - horas	Menos de 20	1	2
	20-39	27	66
	40-59	11	27
	60-79	2	5
	80-99	0	0
	100 ou mais	0	0
	Total	41	100
Dados ausentes	0	0	
Tempo de trabalho na atual área/unidade neste hospital - anos	Menos de 1	8	20
	1 a 5	15	37
	6 a 10	10	24
	11 a 15	6	15
	16 a 20	1	2
	21 ou mais	1	2
	Total	41	100
Dados ausentes	0	0	
Contato com o paciente	Em geral - Contato direto	37	90
	Em geral - Não tem contato direto	4	10
	Total	41	100
	Dados ausentes	0	0

Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

Ao analisarmos os estudos disponíveis na literatura observa-se que alguns ocorreram em setores específicos, como: UTI Adulto - Mello e Barbosa (2013); Santiago e Turrini (2015) - incluiu setor administrativo do setor; UTI Neonatal - Tomazoni et al. (2014) e (2015), Notaro et al. (2019); Emergência - Silva (2017) e Schuh, Krug e Possuelo (2020); Centro cirúrgico - Abreu et al. (2019) e Lopez et al. (2020); Maternidade - Félix (2017) e Carmo et al. (2020); Pediatria - Macedo et al. (2016); Materno-infantil - Pedroni et al. (2020); Hemodinâmica - Moraes et al. (2020). Já os estudos realizados por Souza et al. (2015); Pinheiro (2015); Silva e Rosa (2016); Rodrigues (2016); Andrade (2016); Borba Netto e Severino (2016); Cruz et al. (2018); Galvão et al. (2018); Andrade et al. (2018); Tavares et al. (2018); Nicácio (2019); Serrano et al. (2019); Moretão (2019); Batista et al. (2019); Okuyama et al. (2019); Sanchis et al. (2010) e Lemos et al. (2022) não elegeram setores específicos, abrangeram várias unidades da instituição, como as clínicas médica e cirúrgica, pronto socorro, podendo assim serem analisados vários perfis.

A aplicação do questionário selecionado para o presente estudo pode ser realizada em um setor específico, mas também em várias áreas das instituições, não necessariamente somente com as equipes de saúde, mas abranger todos os setores, desde que a carga mínima de trabalho do profissional seja de no mínimo 20 horas, possibilitando avaliar a cultura de segurança em vários aspectos, sendo de forma individual, por setor; ou de forma ampla do hospital. O foco é avaliar a cultura de segurança já implementada, buscando manter os métodos bem sucedidos, reforçando os que ainda estão em andamento, identificando as áreas de maior fragilidade, em que são necessárias implantações de melhorias, almejando cada vez mais a qualidade da assistência. (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012)

Com relação às investigações relacionadas ao tempo de atuação na Instituição onde as pesquisas ocorreram, em sua maioria, os profissionais atuavam na empresa entre 1 a 5 anos como 33,97% dos profissionais por Serrano et al. (2019); Batista et al. (2019) levantou 41,1% dos entrevistados e Abreu et al. (2019) - 40,2%. Essas informações nos mostra que apesar de todo risco que permeia a profissão, geralmente, as equipes que sentem segurança e que conhecem os procedimentos costumam ser mais motivadas. Essa motivação pode ser atribuída ao tempo de trabalho na instituição, uma vez que possibilita ao profissional ter maior conhecimento das rotinas, protocolos e a facilidade de auxiliar de forma mais efetiva no processo de

trabalho. Ademais, de acordo com a experiência das pesquisadoras, os profissionais se sentem valorizados por terem sua segurança e bem-estar encarados como prioridade pela organização, fazendo com que realizem suas tarefas com maior empenho e se relacionem melhor com as demais equipes da instituição, sejam elas administrativas ou assistenciais.

A média de carga horária semanal dos participantes do presente estudo variou entre 20h a 59h semanais, como ocorreu na investigação de Galvão et al. (2018); Batista et al. (2019) e Schuh, Krug e Possuelo (2020) que apontaram entre 65% a 70% para os profissionais com carga horária entre 29h a 39h, ou seja, a maioria da população avaliada no estudo vigente e na literatura faz parte da equipe assistencial, são os profissionais que lidam direto com o paciente, e entendemos que são principalmente nestes profissionais que a gestão do serviço deve investir em treinamentos, na educação continuada para que sejam multiplicadores da segurança no atendimento, pois são profissionais que têm ampla visão, sendo essenciais no monitoramento da rotina hospitalar.

O contato com o paciente também foi um aspecto pesquisado e 37(90%) dos profissionais tinham o contato contínuo e direto com o paciente, os demais 4(10%) desempenham funções administrativas, corroborando os resultados de Galvão et al. (2018) onde 81% dos seus entrevistados mantinham contato direto com o paciente, Carmo et al. (2020) - 95% e Moraes et al. (2020) - 87% dos profissionais prestavam assistência direta.

Quanto ao tempo em que trabalham na mesma área na Instituição 15 (37%) entre 1 a 5 anos e 10 (24%) entre 6 e 10 anos, mostrando diferenças com as pesquisas que encontraram resultados acima de 50% para o trabalho entre 1 a 5 anos, na mesma área da Instituição, como no estudo de de Mello e Barbosa (2013) que identificaram 59,8% dos participantes e após 7 anos este perfil não se modificou, como descrevem Moraes et al. (2020) que apontaram 52%, além de Ribeiro, Servo e Silva Filho (2021) que encontraram 55% dos profissionais.

ANÁLISE QUANTITATIVA DAS RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES AOS ITENS DAS DIMENSÕES SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE

As respostas dos participantes demonstram a cultura de segurança para cada dimensão que envolve a segurança do paciente e foram organizadas em respostas positivas, neutras e negativas.

A Figura 1 nos apresenta as respostas favoráveis para o cuidado com a segurança do paciente no nível hospitalar.

As dimensões relacionadas ao nível hospitalar “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas” (89%), “expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores” (77%), “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” (76%), “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” (79%) e o “Trabalho em equipe entre as unidades” (72%) apresentaram os maiores percentuais e foram considerados como pontos fortes da cultura de segurança do paciente.

Os itens que abordaram a “Passagem de plantão/turno e transferências internas” (44%) e “Resposta não punitiva aos erros” (48%) foram considerados como pontos de melhorias.

Figura 1 - Percentual de respostas favoráveis à Instituição nas dimensões referentes ao cuidado com a segurança do paciente no nível hospitalar no Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.



Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

Por meio da análise das dimensões, é possível identificar os pontos fortes, neutros e frágeis da Instituição.

O estudo que mais obteve resultados favoráveis, fortalecidos para as dimensões semelhantes às do presente estudo, foi o realizado por Moraes et al. (2020), que contou com a contribuição de 69 profissionais da enfermagem do setor de Hemodinâmica de um hospital privado de São Luís/MA, considerando: a “aprendizagem organizacional”, “expectativas sobre o seu supervisor/chefe”, “trabalho em equipe dentro das unidades” e o “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”. Realizando comparações dos resultados com os encontrados no HEB/SP, o hospital de São Luís/MA obteve maiores percentuais de respostas em três dimensões, respectivamente: “expectativas sobre o seu supervisor/chefe - 77% e 79%”, “aprendizagem organizacional” - 76% e 90%, “apoio da gestão hospitalar para

a segurança do paciente” 79% e 91%. Entretanto, na dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades”, o Hospital São Luís obteve resultado de 78%, e as respostas para o HEB atingiram 89%.

Diante destes resultados podemos analisar que a equipe se sente apoiada dentro da unidade por seus supervisores, além de demonstrar ser um ambiente harmônico de trabalho em que os profissionais estão dispostos a ajudar os colegas de trabalho diante de adversidades (MELLO; BARBOSA, 2013).

Acreditamos que ter o apoio da gestão hospitalar promove a ligação entre a assistência com qualidade e a gestão, favorecendo que os processos sejam otimizados, permitindo tomada de decisões mais rápidas, aumentando a segurança do paciente. (MORAES et al., 2020)

Em contraposição, analisando um total de 36 estudos realizados no Brasil, verificou-se que 26(72%) deles não encontraram dimensões fortalecidas, o que demonstra dado relevante que necessita ser profundamente investigado, pois é um dos aspectos que compõe a segurança do paciente e, diante dessas informações, esta pode estar em risco (MELLO; BARBOSA, 2013; TOMAZONI et al., 2014; SOUZA et al., 2015; PINHEIRO, 2015; SANTIAGO; TURRINI, 2015; TOMAZONI et al., 2015; SILVA; ROSA, 2016; MACEDO et al., 2016; RODRIGUES, 2016; BORBA NETTO; SEVERINO, 2016; SILVA, 2017; FÉLIX, 2017; CRUZ et al., 2018; FASSARELLA et al., 2018; GALVÃO et al., 2018; NICÁCIO, 2019; NOTARO et al., 2019; SERRANO et al., 2019; MORETÃO, 2019; FASSARELLA et al., 2019; BATISTA et al., 2019; OKUYAMA et al., 2019; SCHUH; KRUG; POSSUELO, 2020; SANCHIS et al., 2020; CARMO et al., 2020; LEMOS et al., 2022).

Ainda analisando os mesmos 36 estudos, detectamos que 26(72%) deles mostraram que os profissionais entendiam como uma dimensão crítica a “resposta não punitiva ao erro”, pois acreditam que os erros sempre recaem no profissional, não sendo analisado corretamente o contexto em que ocorreu (TOMAZONI et al., 2014; SOUZA et al., 2015; PINHEIRO, 2015; SANTIAGO; TURRINI, 2015; TOMAZONI et al., 2015; SILVA; ROSA, 2016; MACEDO et al., 2016; RODRIGUES, 2016; TOBIAS et al., 2016; BORBA NETTO; SEVERINO, 2016; SILVA, 2017; FÉLIX, 2017; CRUZ et al., 2018; FASSARELLA et al., 2018; GALVÃO et al., 2018; TAVARES et al., 2018; NICÁCIO, 2019; NOTARO et al., 2019; SERRANO et al., 2019; MORETÃO, 2019;

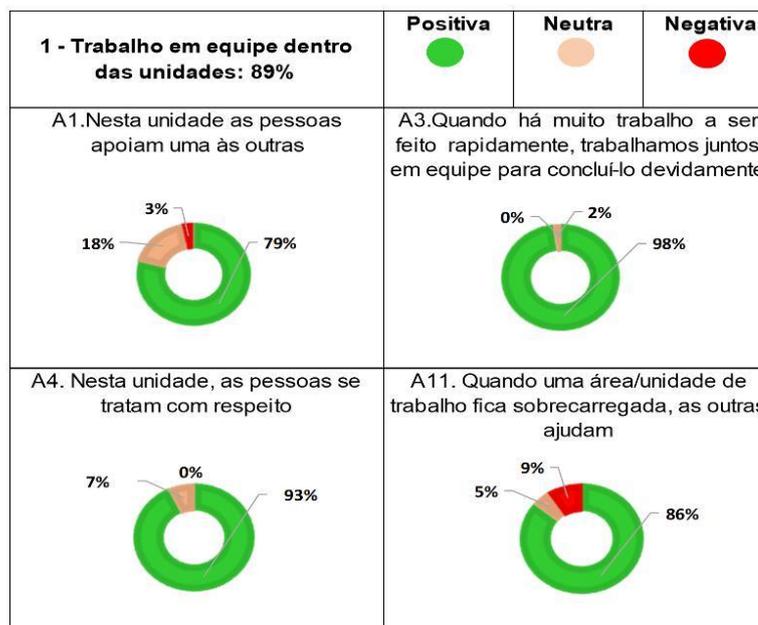
OKUYAMA et al., 2019; LOPEZ et al., 2020; SANCHIS et al., 2020; MORAES et al., 2020; RIBEIRO; SERVO; SILVA FILHO, 2021).

Com relação a “passagem de plantão/turno e transferências” dos 36 estudos analisados, 3(8%) também identificaram como dimensão frágil, necessitando ser avaliada mais de perto, pois a segurança do paciente estará comprometida, podendo ocasionar um E.A, levando a consequências com ou sem comprometimento ao paciente, a equipe e instituição, como relatam Silva e Rosa (2016); Tobias et al. (2016) e Andrade et al. (2018).

As Figuras de 2 a 15 apresentam as respostas positivas ilustradas na cor verde, as neutras na cor rosa e negativas na cor vermelha, dos membros da equipe de enfermagem para as dimensões solicitadas.

O “trabalho em equipe dentro das unidades”, se mostra como uma dimensão forte em todos os seus aspectos, como demonstrado na Figura 2.

Figura 2 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades/áreas” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP.



Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

O estudo realizado por Schuh, Krug e Possuelo (2020) contou com a participação de 112 profissionais da enfermagem de uma unidade de urgência e emergência de um hospital do Rio de Janeiro e também observou a dimensão “ações promotoras de segurança e trabalho em equipe dentro das unidades” como áreas de fortaleza.

A dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades”, também foi considerada fortalecida em vários estudos como de Tavares et al. (2018) - com 221 profissionais da enfermagem em um hospital do nordeste paulista; Lopez *et al.* (2020) na pesquisa com 381 profissionais médicos e de enfermagem em três hospitais de ensino paranaense; Tobias et al. (2016) que trabalhou com 117 enfermeiros de um hospital de ensino da cidade de Goiânia/GO e Borba Netto e Severino (2016) na investigação que fez em um hospital público de referência de Fortaleza/CE, com 128 profissionais da saúde.

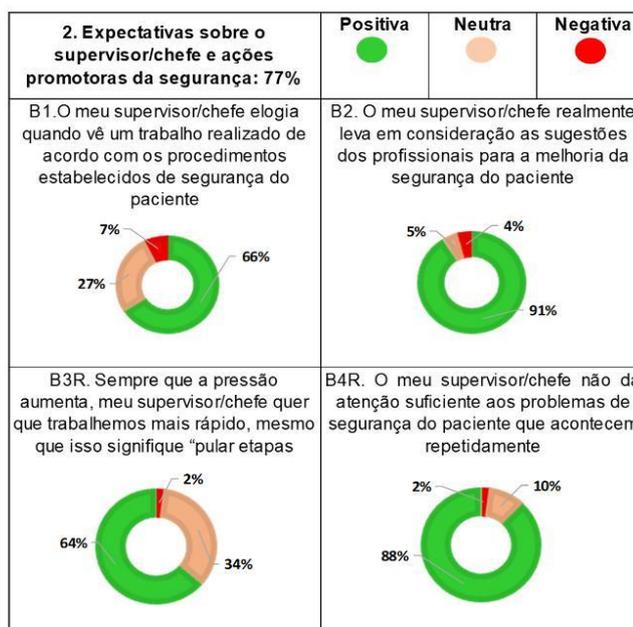
A palavra “equipe” está etimologicamente associada à realização de tarefas, de trabalhos compartilhados entre indivíduos, que do seu conjunto coletivo extraem o sucesso para a realização pretendida. Assim, o conceito de equipe consolida-se como um conjunto de pessoas que têm uma vinculação entre si para a realização de um objetivo comum, como assinala Sousa e Hamann (2009); situação que favorece a consolidação da segurança do paciente e da equipe durante a assistência, por exemplo.

Segundo Duarte (2011), quando os grupos se constituem em equipe, conseguem realizar tarefas que grupos comuns não fazem, são mais criativos e eficientes na resolução de problemas, produzem mais e com maior qualidade, desenvolvem maior autonomia e são mais motivados, ajudam na escolha das terapias mais adequadas, logo, quando a equipe é formada por muitos profissionais que atendem ao conceito de equipe na execução de suas tarefas, maiores serão as chances de o paciente ter seu caso investigado de um modo mais detalhado e com maiores critérios nas decisões. Em síntese, por consequência, essa forma de trabalho eleva a qualidade da assistência e possibilita o alcance de melhores resultados nos tratamentos.

Considerando a Figura 3, as “expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança”, ilustra no item B2 um ponto forte sobre o supervisor uma vez que na visão dos entrevistados, o supervisor considera importante a sugestão dos

profissionais sobre a segurança do paciente, trazendo a equipe para auxiliar nas melhorias da unidade, pensando na melhoria da segurança.

Figura 3 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão "expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras de segurança" - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP.



Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

O item B4R pode ser classificado como positivo, já que 87 (88%) entrevistados discordam que seus supervisores não dão atenção suficiente aos erros que ocorrem repetidamente na Instituição. Tal dado se mostra relevante e apresenta um perfil relacionado ao comportamento dos supervisores e às preocupações com os erros que ocorrem na instituição.

Este resultado é análogo a alguns encontrados em estudos brasileiros como de Kawamoto et al. (2016) realizado com 76 profissionais de saúde de um hospital Universitário da cidade do Paraná onde identificaram que mais de 53(70%) dos participantes tinham uma percepção de cultura de segurança favorável à liderança imediata; Schuh, Krug e Possuelo (2020) contou com a participação de 112 profissionais da enfermagem de uma unidade de urgência e emergência de um

hospital do Rio de Janeiro, onde 87(78,5%) da equipe considera a dimensão “expectativas sobre o seu supervisor” como áreas de força; Pedroni et al. (2020), em pesquisa realizada no Sul do País, analisou a cultura de segurança na área materno infantil em um hospital universitário e contou com 41 profissionais médicos e de enfermagem, a dimensão sobre os supervisores/chefes para 32(78,2%) foi considerada uma fortaleza; Santiago e Turrini (2015) em sua pesquisa realizada em três hospitais públicos do município de Sumaré/SP, com 88 profissionais da saúde e administrativos, evidenciou que 66(75,4%) dos profissionais consideravam as expectativas ao supervisor favorável e Andrade (2016), no Rio Grande do Norte, com a participação de 665 profissionais da saúde encontraram a mesma percepção de cultura de segurança favorável as “expectativas sobre o seu supervisor/chefe”, com resultado de 574(86,4%), o que nos mostra que as supervisões estão empenhadas na melhoria da segurança do paciente.

Os resultados favoráveis para as dimensões “expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/chefe” e “trabalho em equipe dentro das unidades”, também foram positivos no estudo de Tobias et al. (2016), pesquisa realizada em um hospital de ensino de Fortaleza, com 117 enfermeiros, onde 82(70%) considerou a dimensão como fortaleza e de Borba Netto e Severino (2016), em um hospital público do Ceará que avaliou 128 profissionais da saúde e 101(79%) também considerou positiva a dimensão em relação ao seu supervisor, pois em ambos observaram uma união dos profissionais no atendimento em prol da segurança do paciente.

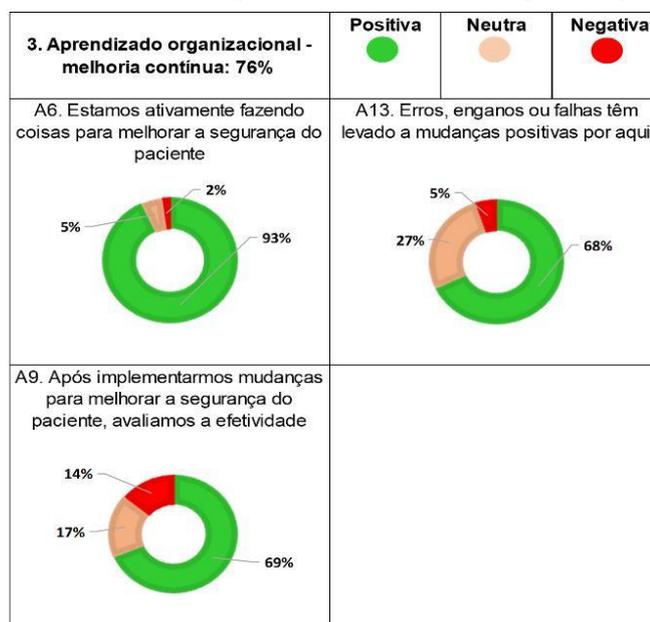
A maior porcentagem de profissionais deste estudo é de auxiliar de enfermagem e, conseqüentemente, seus supervisores diretos são os enfermeiros, os principais responsáveis pela organização do trabalho das unidades prestadoras de assistência, a liderança em enfermagem é fundamental para o gerenciamento e coordenação dos diferentes membros das equipes de saúde, sendo essas o reflexo das suas ações. (TOLEDO et al., 2021).

Reforçando a perspectiva favorável à cultura de segurança do paciente relacionada à liderança imediata dos profissionais entrevistados, grande parte acredita que seus gerentes consideram importantes os problemas relacionados à segurança do paciente que acontecem com frequência.

O exercício da liderança em saúde, especialmente no âmbito hospitalar, é uma necessidade desafiadora para alcançar objetivos em comum. Segundo Pereira et al. (2016), os líderes imediatos dos profissionais entrevistados, possivelmente, tomam sua ação gerencial como um fator promotor da segurança do paciente, à medida que elogiam seus liderados quando estes buscam medidas promotoras da segurança; consideram novas sugestões da equipe; bem como consideram importantes os problemas relacionados à segurança na sua unidade gerenciada.

Na Figura 4, na dimensão “aprendizado organizacional - melhoria contínua”, identificou-se no item A6 que 38(93%) dos participantes acreditam que os profissionais estão ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente. Os itens A9 e A13 desta dimensão foram classificados como neutros, mas ambos com percentuais próximos a serem considerados um ponto forte.

Figura 4 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão “aprendizado organizacional/melhoria contínua” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP.



Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

Neste presente estudo, investigações acerca da avaliação, após a implementação das mudanças para melhorar a segurança do paciente, 28(69%) dos

entrevistados responderam positivamente, sendo que no item A13 do 28(68%) dos participantes afirmam que os erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas. (Figura 4)

Conforme já citados neste trabalho, estudos realizados por Santiago e Turrini (2015) e Andrade (2016) também apontam a dimensão “aprendizagem organizacional e melhoria contínua”, como forte, reiterando que há um empenho na troca de informação, atividades de educação continuada; Abreu et al. (2019) em seu estudo com 92 profissionais da enfermagem do centro cirúrgico de um hospital de Teresina/PI, encontrou resultado fortalecido para a dimensão de “aprendizagem organizacional” - o que mostra a preocupação com a atualização das informações e técnicas da equipe.

Avaliando a figura 5, que se pauta nas respostas dos membros da equipe de Enfermagem aos itens da dimensão “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” podemos identificar que os estudos analisados na presente pesquisa, sobre seus itens, não encontraram essas dimensões de forma fortalecida, como no estudo de Netto (2016) em um hospital público do Ceará com 128 profissionais da saúde, que aponta resultado neutro para as dimensões: frequência de eventos relatados com 68(53%), trabalho entre as equipes 65(51%), apoio da gestão com 78(61%), retorna da informação 69(54%) e abertura da comunicação 66(52%); já as dimensões frágeis foram: adequação profissional 46(36%), passagem de plantão 58(45%) e percepção geral da segurança com 56(44%).

Ainda considerando essa dimensão, outro estudo analisado foi o realizado por Fassarella et al. (2018), em dois hospitais: um no Rio de Janeiro e o outro no Porto (Portugal), somente com enfermeiros, onde não encontrou dimensões fortalecidas, apenas neutras e frágeis, conforme exemplificado no Quadro 2.

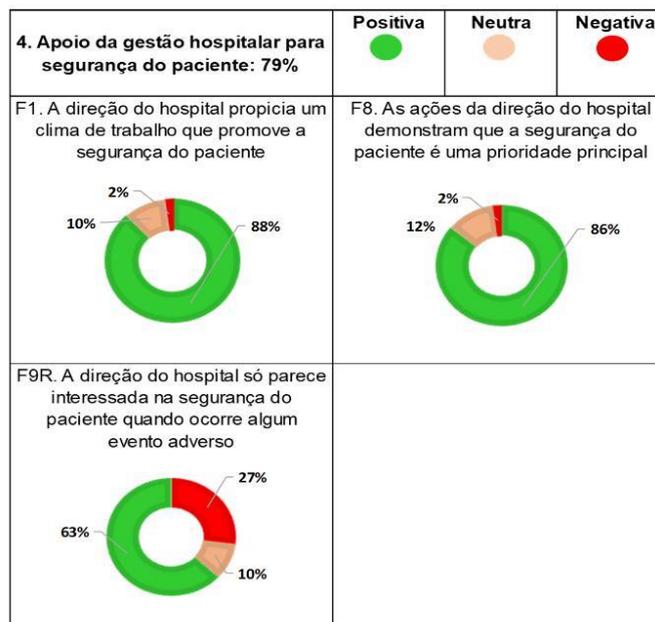
Quadro 2 - Unidades de análise de conteúdo da pesquisa realizada no Brasil e Portugal, por Fassarella et al. (2018).

Dimensões Mensuráveis da Cultura de Segurança	Brasil	Portugal
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	15%	48%
Percepção geral da segurança do paciente	36%	56%
Retorno das informações e da comunicação sobre incidentes	39%	54%
Abertura da comunicação	59%	56%
Frequência de eventos notificados	29%	30%
Trabalho em equipe entre as unidades	23%	51%
Adequação de profissionais	34%	43%
Passagens de plantão/turno e transferências internas	36%	66%

Fonte: Fassarella et al. (2018)

A Figura 5 ilustra os percentuais de respostas dos participantes sobre o “apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”. Esta dimensão apontou ótimos resultados, sendo dois pontos fortes: o clima de trabalho que a instituição promove para a segurança do paciente com 36(88%) das respostas e as ações da direção do hospital, demonstrando que a segurança do paciente é uma prioridade, apontadas em 35(86%); dados ratificados por 26(63%) dos participantes que discordaram sobre a direção do hospital só estar interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.

Figura 5- Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão "apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente" - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP.



Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

Tomazoni et al. (2015), em sua pesquisa em quatro unidades de terapia intensiva neonatal, com a equipe de enfermagem e médica da grande Florianópolis, identificou que esta dimensão "apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente" foi considerada frágil.

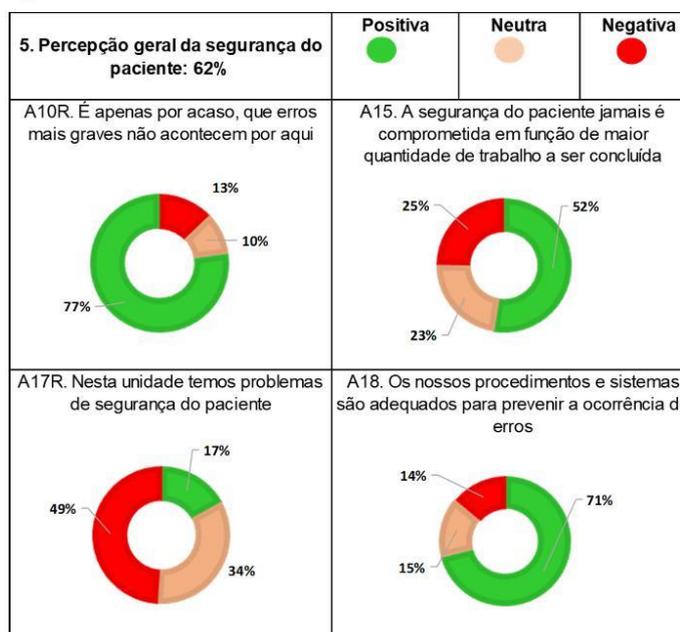
A forma de gerir as instituições de saúde irá influenciar diretamente nas atitudes dos profissionais (TOMAZONI et al., 2015). Desta forma, incentivar a construção de estruturas engessadas, verticalizadas e com decisões de cima pra baixo, sem a comunicação efetiva entre os gestores e a equipe pode criar um ambiente avesso à segurança do paciente, uma vez que os trabalhadores que estão nas atividades fins não participam das decisões e/ou não as compreende.

A equipe de enfermagem é a maior força de trabalho existente nas organizações de saúde e, em sua maioria, atua na assistência direta aos pacientes e influencia no modelo de gestão adotado na instituição, podendo este motivá-la ou desestimulá-la. Neste estudo em questão, podemos dizer que a gestão está em consonância com as equipes, o que foi demonstrado através do resultado do presente

estudo que 79% dos profissionais consideram a gestão está preocupada com a segurança.

A Figura 6 traz as respostas sobre a “percepção geral da segurança do paciente” e demonstrou 29(71%) dos procedimentos e sistemas da instituição são adequados para prevenir a ocorrência de erros, configurando um ponto forte. Como ponto neutro, mas relevante para ser observado no presente estudo, o item A15 aponta que 21(52%) dos participantes acreditam que a segurança do paciente não é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluído, ou seja, praticamente metade dos profissionais identificam falha neste item.

Figura 6 - Respostas dos participantes aos itens da dimensão “percepção geral da segurança do paciente” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP.



Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

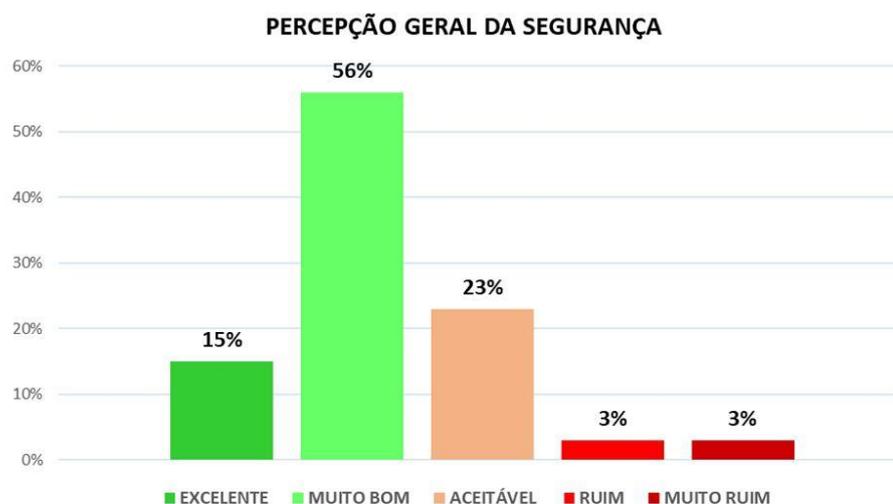
Avaliando o contexto da percepção de segurança, observa-se a necessidade de avaliar os procedimentos e os protocolos existentes na Instituição que direcionam postura preventiva do erro. Carvalho (2017) refere que o profissional reflete o que é percebido na gerência, se tornando um fator importante para a garantia da segurança do paciente, uma vez que este domínio reflete a concordância do profissional quanto

às ações da gerência ou da administração do hospital e da unidade relacionadas à segurança do paciente, lembrando que algumas ações podem causar impactos positivos no trabalho diário, favorecendo a segurança do paciente e um ambiente de trabalho com clima favorável para um diálogo aberto sobre erros, um ambiente não punitivo e treinamento contínuo dos profissionais são alguns deles.

O questionário HSOPSC possui uma variável na seção E - "Nota da segurança do paciente", os participantes avaliaram a "segurança do paciente na sua área/unidade" como "excelente", "muito boa", "regular", "ruim" e "muito ruim".

Na Figura 07, a resposta com maior prevalência pelos entrevistados foi "muito boa" em 56% delas. As respostas "ruim" e "muito ruim" não excederam (6%), o que aponta uma avaliação positiva para a instituição.

Figura 07 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão "percepção geral de segurança do paciente" - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.



Fonte: Elaborada pela própria autora (2022).

A percepção geral da cultura de segurança é um fator importante a ser analisado, pois nos mostra o quanto os profissionais entendem o valor que a instituição e os colaboradores, sejam assistenciais ou administrativos dão à segurança, lembrando que para se ter uma avaliação positiva, vários fatores deverão

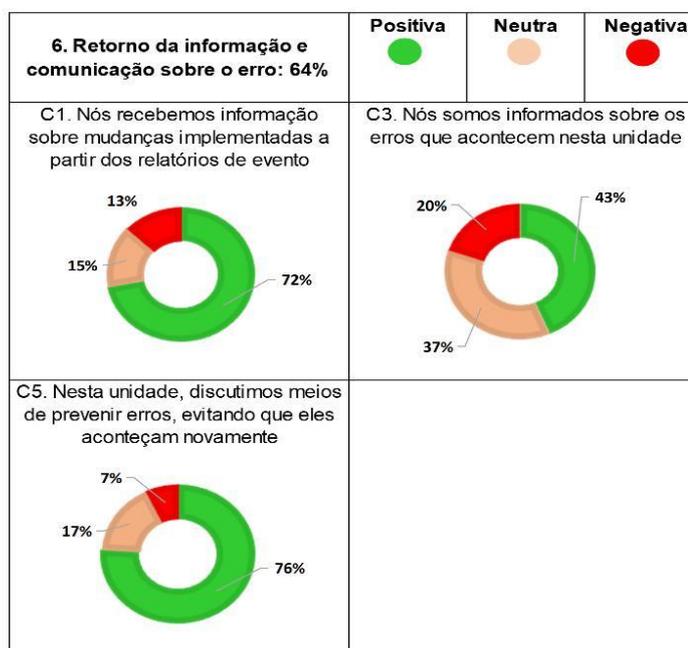
estar envolvidos como: atitudes, competências, percepções, comportamentos, enfim, o profissionalismo de cada um.

A percepção positiva dos profissionais em relação à segurança do paciente quanto a este domínio foi um fator considerado fortaleza, uma vez que a satisfação do profissional com o trabalho está diretamente relacionada com a qualidade da assistência prestada. Em comparação com outros trabalhos, no estudo em questão, 71% dos profissionais têm uma percepção favorável para a segurança do paciente, 23% considera aceitável e apenas 6% entende de forma ruim ou muito ruim.

Segundo Macedo et al. (2016), em seu estudo realizado em Florianópolis com 75 profissionais da saúde do setor de emergências pediátricas, apenas 43% tem uma percepção favorável. Cruz et al. (2018) obteve um resultado favorável com 56,2%, pesquisa essa realizada em um hospital de ensino do Paraná com 645 profissionais da saúde.

As respostas à dimensão ilustrada na Figura 8, demonstra o retorno da informação e comunicação sobre o erro 28(72%) e de acordo com as respostas este pode ser considerado um ponto forte, visto que mais de 70% das respostas apontaram para essa direção. No entanto, apenas 18(43%) dos participantes responderam ser informados dos erros que ocorrem na instituição, classificando este dado como um item frágil, que merece atenção.

Figura 8 - Respostas dos participantes aos itens da dimensão "retorno da informação e comunicação sobre o erro" - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP.



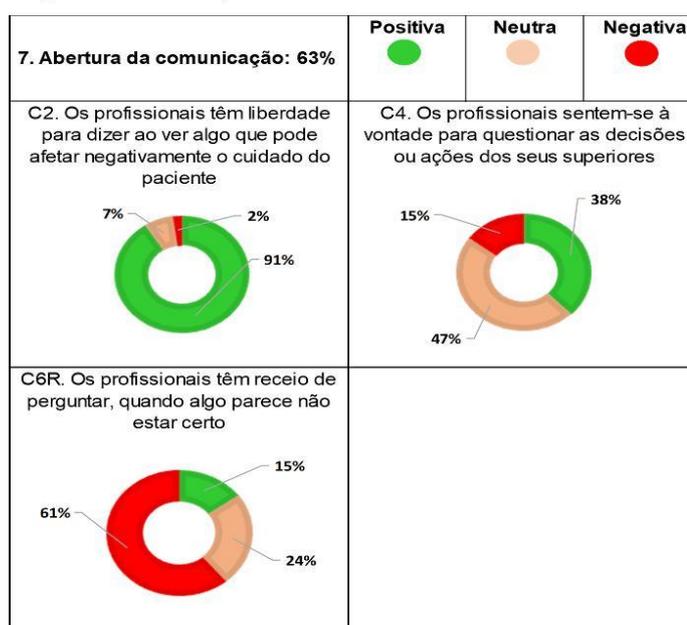
Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

A dimensão retorno da informação e comunicação sobre o erro foi considerada neutra. Apesar das respostas favoráveis, o que nos chama a atenção é a insatisfação dos profissionais em não receber informações sobre os erros. Dado semelhante ocorreu no estudo realizado por Batista et al. (2019), com 158 profissionais de unidades cirúrgicas de um hospital de ensino do Paraná.

Nesse contexto, sabemos que atualmente muito se fala sobre a segurança do paciente, e que vários fatores estão envolvidos neste processo, identificando que o diálogo é primordial para que dúvidas sejam sanadas e opiniões sejam discutidas um pro de um bem comum. Nesta perspectiva, questiona-se qual seria a dificuldade dos gestores em trazer as informações dos eventos ocorridos até sua equipe? As pesquisadoras defendem que os gestores, coordenadores e gerentes devem aproveitar os erros para trazer o ponto de vista da Instituição, identificar as dificuldades dos profissionais e iniciar de forma imediata as orientações e treinamentos, pois frente ao resultado referente e essa dimensão, acredita-se que o engajamento em dos profissionais de enfermagem será mais efetivo.

A Figura 9 trata das respostas da equipe de Enfermagem relativa à “abertura da comunicação”. Neste item, um ponto positivo merece destaque já que no item C2, 37(91%) dos profissionais relatam ter liberdade para se manifestarem quando se deparam com algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente, entretanto, a despeito deste dado, somente 15(38%) relatam se sentir à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores, o que nos mostra que melhorias podem deixar de serem feitas em decorrência deste receio.

Figura 9 - Respostas aos itens da dimensão “abertura da comunicação” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.



Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

Observa-se como na Figura 9 que a comunicação e o diálogo é um fator importante na relação do cuidado. A comunicação é um dos desafios na segurança do paciente em qualquer ambiente de saúde, principalmente o hospitalar, pois é um local que demanda atendimentos mais complexos, e enfatizar a comunicação efetiva como meta a ser atingida pela equipe é também proporcionar um ambiente de trabalho harmonioso com assistência livre de danos. Nesse sentido, a comunicação é

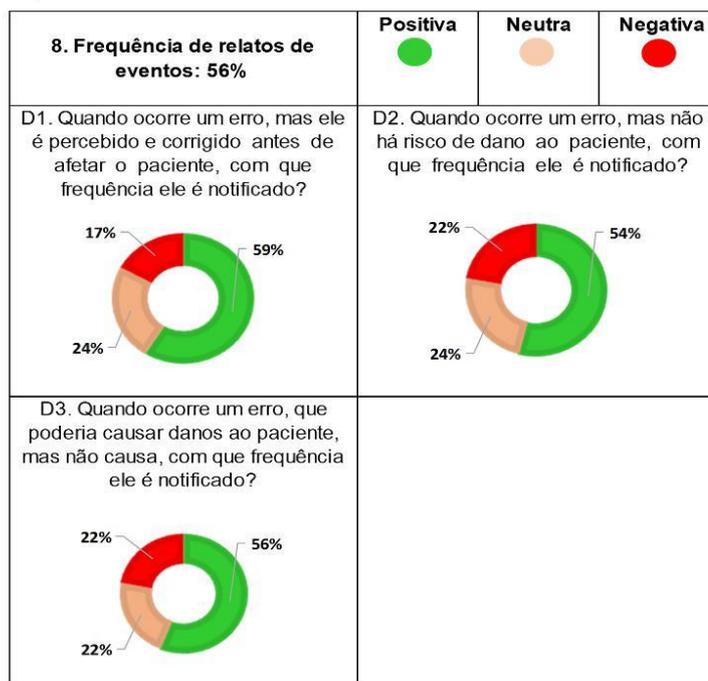
fundamental para um bom desenvolvimento do trabalho, pois é o elo de interação que fortalece o vínculo entre a equipe e o cliente. (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015)

As falhas de comunicação são a principal causa de eventos adversos ao paciente e as falhas no trabalho em equipe e na comunicação entre os profissionais de saúde têm sido um dos principais fatores que contribuem para os erros, aos EA's e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados (BAGNASCO et al., 2013).

As instituições de saúde devem focar em treinamentos que auxiliam no desenvolvimento de uma comunicação efetiva, precisa, completa, sem ambigüidade e de fácil compreensão (BAGNASCO et al., 2013).

Da análise dos dados ilustrados na Figura 10 que apresenta a dimensão da "frequência de relatos de eventos", que se mostrou de forma neutra em todas as perguntas, todas dentro do percentual de 50%, esta informação traz à luz a necessidade de reflexões sobre a melhoria neste item.

Figura 1 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão "frequência de relatos de eventos" - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP.



Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

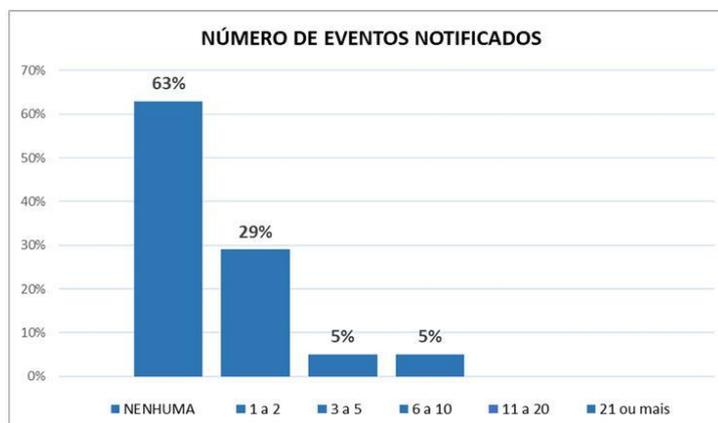
No Brasil, conforme descrito no PNSP (2014), a notificação de incidentes é apontada como fator importante aos profissionais, para o contexto da cultura de segurança do paciente, por isso são encorajados a identificar e notificar problemas relacionados à segurança. Atualmente, sabe-se que ocorrência de EA's tem como principais fatores contribuintes as falhas e fragilidades no sistema e processos de assistência à saúde que precisam ser melhorados.

Conforme estudo realizado por Alves, Carvalho e Albuquerque (2019), em uma revisão integrativa, identificou-se que a subnotificação de incidentes pelos profissionais é um fator limitante, e que diversas barreiras são encontradas, sendo elas: o tempo exigido para notificar, medo das consequências de sua notificação, sobrecarga de trabalho, falta de *feedback*, incerteza sobre o que notificar e porque muitas vezes as notificações não levam a mudanças positivas.

No presente estudo o item “frequência de relatos em eventos adversos” foi considerado uma dimensão neutra, uma vez que diversas barreiras podem estar presentes, dificultando o processo e consequentemente comprometendo a segurança do paciente, por isso diante desses dados, se faz importante a adoção de estratégias específicas que tragam melhorias ao processo de notificação.

O questionário HSOPSC possui na seção G - “Número de eventos adversos relatados nos últimos 12 meses” pela equipe da instituição.

Figura 11 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão “número de eventos notificados” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP, 2022.



Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

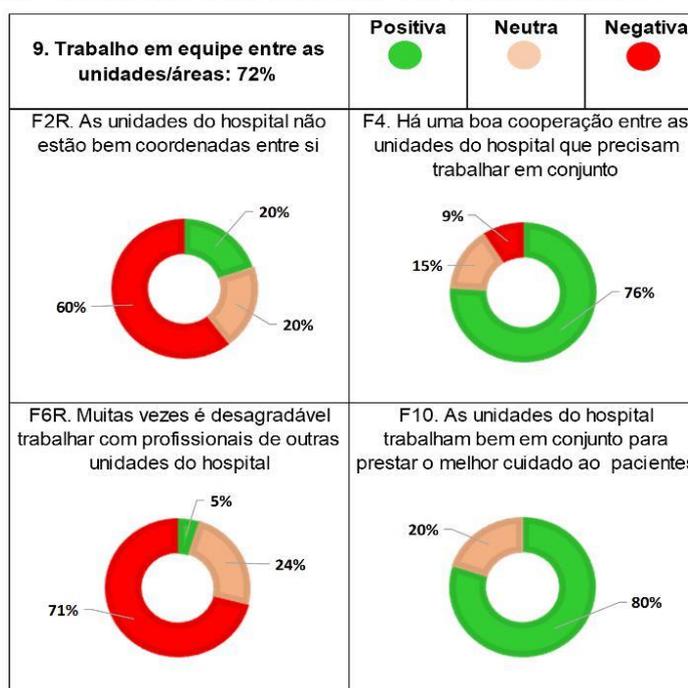
Neste item, a Figura 11 ilustra que 26(63%) dos participantes não realizaram “nenhuma notificação” de evento adverso nos últimos doze meses, e as pesquisadoras possuem uma inquietação sobre esse resultado, diante de suas vivências como profissionais da saúde e de enfermagem. Tal fato propõe reflexões acerca da importância da notificação e os motivos que levam à não notificação, na instituição não ocorrem eventos a serem notificados ou os profissionais acreditam que a notificação pode criar discordâncias entre os colegas, prejudicando as equipes e a quem notificou.

A notificação dos eventos é um instrumento de qualidade da instituição, com a finalidade de detectar e analisar as falhas que podem estar comprometendo a qualidade da assistência e, conseqüentemente, a segurança do paciente e de seus colaboradores.

Segundo pesquisa realizada por Lemos et al. (2022), com 303 profissionais da enfermagem - 241(79,6%) não haviam registrado nenhuma notificação nos últimos 12 meses. Análise desenvolvida por Ribeiro, Servo e Silva Filho (2021), em um hospital público da Bahia com 47 enfermeiros líderes, encontrou o resultado onde 34(72%) dos profissionais também não haviam realizado notificação, já Nicácio (2022) em sua pesquisa realizada em uma maternidade pública do Rio de Janeiro com 26 profissionais, identificou que 88,5% dos profissionais não notificavam. Os resultados apontados pelas pesquisas geram preocupação e propõe discussões acerca da qualidade da assistência que está sendo ofertada.

O “trabalho em equipe entre as unidades/áreas” tem seus resultados ilustrados na Figura 12 onde destaca-se que as unidades conseguem trabalhar de forma a cooperar umas com as outras pensando no cuidado e segurança do paciente, com percentuais chegando a 72%, na totalidade das questões na referida dimensão.

Figura 12 - Respostas dos participantes aos itens da dimensão “trabalho em equipe entre as unidades/áreas” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP.



Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

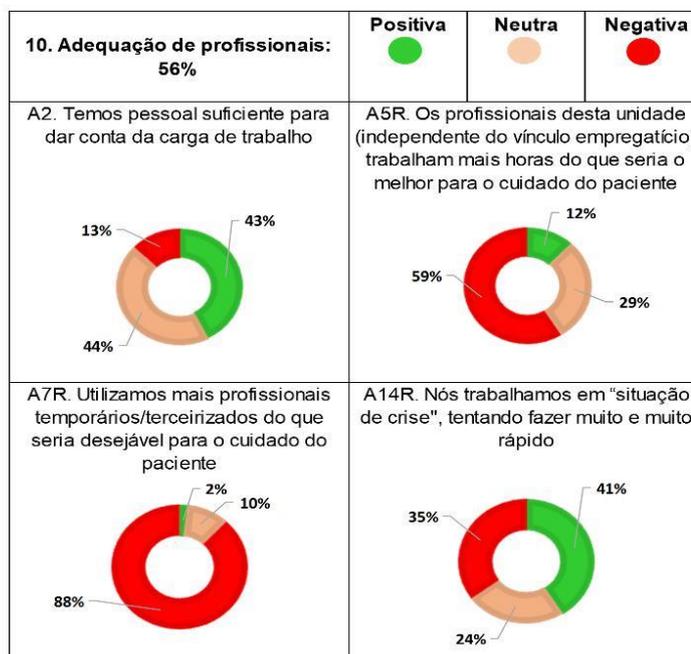
A dimensão do trabalho em equipe entre as unidades revelou-nos um resultado fortalecido, ou seja, 72% dos profissionais sentem que a colaboração, o trabalho para um objetivo comum é realizado de forma harmoniosa.

Segundo Navarro, Guimaraes e Garanhani (2013), o trabalho em equipe, muitas vezes, possui uma conceituação mais técnica, em que o trabalho de cada área profissional é apreendido como conjunto de atribuições, tarefas ou atividades. No entanto, trabalhar em equipe significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base no conhecimento sobre o trabalho do outro, valorizando a

participação deste na produção de cuidados, construindo consensos quanto aos objetivos e resultados a alcançar coletivamente. Ainda Sousa e Hamann (2009), nesta mesma pesquisa, realizada a fim de compreender o significado do trabalho em equipe para os profissionais de enfermagem, os autores associaram como um trabalho familiar e coletivo, como uma relação de ajuda, corroborando com nosso estudo.

A dimensão “adequação de profissionais” está demonstrada na Figura 13, onde foram identificados dois pontos frágeis, sendo o primeiro em relação à pergunta A2, onde 17(43%) participantes referiram ter pessoal suficiente para prestar assistência durante a jornada de trabalho e na questão A14R onde 17(41%) afirmam trabalhar em “situação de crise”. Estas porcentagens nos mostra o risco de ocorrer falhas no cuidado e, conseqüentemente, comprometer a segurança do paciente.

Figura 23 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão “adequação de profissionais” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP.



Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

Os profissionais de saúde desempenham importante papel nos cuidados relacionados a saúde da população sendo a enfermagem a classe que está

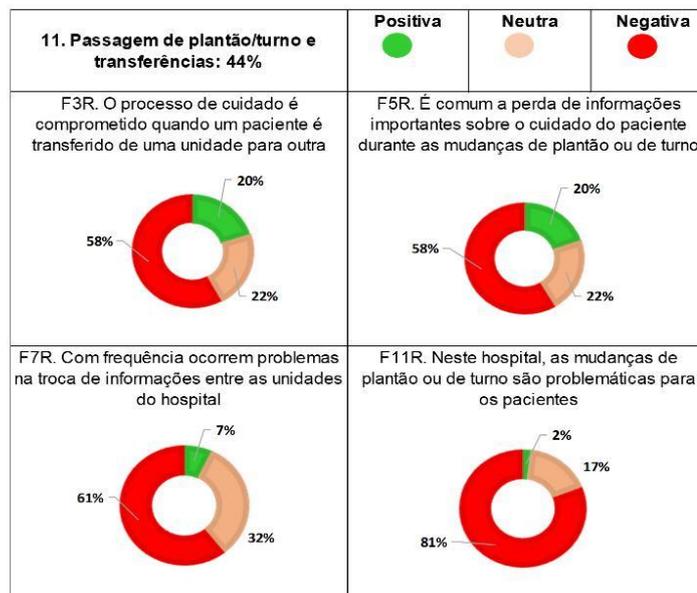
constantemente ao lado do paciente realizando cuidados. Durante a prática da assistência é possível observar que as equipes de trabalho enfrentam limitações quanto ao desenvolvimento de suas atividades, sendo algumas delas: deficiente dimensionamento de pessoal, falta de equipamentos e materiais, acúmulo de funções, carga horária de trabalho excessiva e incompatível com a realização de atividades e falta de reconhecimento profissional. (CARVALHO et al., 2017).

Cargas de trabalho de profissionais da enfermagem acima do nível adequado podem aumentar em 40% o risco de um paciente morrer, e essa sobrecarga não acontece apenas pelo excesso de horas de trabalho, pois um levantamento realizado no interior de São Paulo afirma que 57% dos profissionais consideram que seu estresse está ligado às condições de trabalho (carga horária excessiva, falta de funcionários, recursos materiais e falta de suporte profissional e emocional). (COFEN, 2017; CARVALHO et al., 2017).

Estudo realizado também por Boeck (2019) aponta resultado semelhante. O autor avaliou 6 enfermeiros de um hospital de Santa Catarina com no mínimo 3 anos de experiência, sendo identificado que devido à sobrecarga de trabalho e excesso de horas trabalhadas, os profissionais mostraram-se mais suscetíveis a erros de medicação, sendo pontuado também a falta de notificações, o que favoreceria a identificação das fragilidades e acúmulo de funções. Por isso, é importante lembrar que a rotina da enfermagem exige habilidades emocionais e cognitivas que contemplam diferentes esferas: biológicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas, necessitando um olhar mais humano.

A Figura 14 ilustra as informações sobre a “passagem de plantão/turno e transferências”. Este dado é relevante porque a passagem de plantão é momento complexo em que informações podem ser perdidas, prejudicando a continuidade da assistência. Em relação a este dado, observa-se que na instituição investigada este item se mostrou frágil.

Figura 34 - Respostas dos participantes do estudo aos itens da dimensão “passagem de plantão/turno e transferências” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP.



Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

Um estudo realizado por Silva e Rosa (2016), com 128 profissionais da enfermagem de um hospital público de grande porte e alta complexidade do estado da Bahia, também identificou esta dimensão como neutra 65(50,9%), mas limítrofe, com potencial melhoria, concluindo que o comportamento dos profissionais e o conhecimento da importância dos dados interferem na segurança do paciente. Ainda em 2016, Tobias e colaboradores, em seu estudo com 117 enfermeiros em um hospital de ensino de Fortaleza, caracterizou esta dimensão como fraqueza.

A passagem de plantão, seja ela troca de turno, transferência do paciente, se caracteriza pela transmissão de informações, de forma objetiva e clara, sobre os fatos que ocorreram com o paciente durante a assistência, direta e indireta prestada. Inclui-se, nesse momento, assuntos de interesse institucional que possam afetar direta ou indiretamente o cuidado prestado (COREn, 2010).

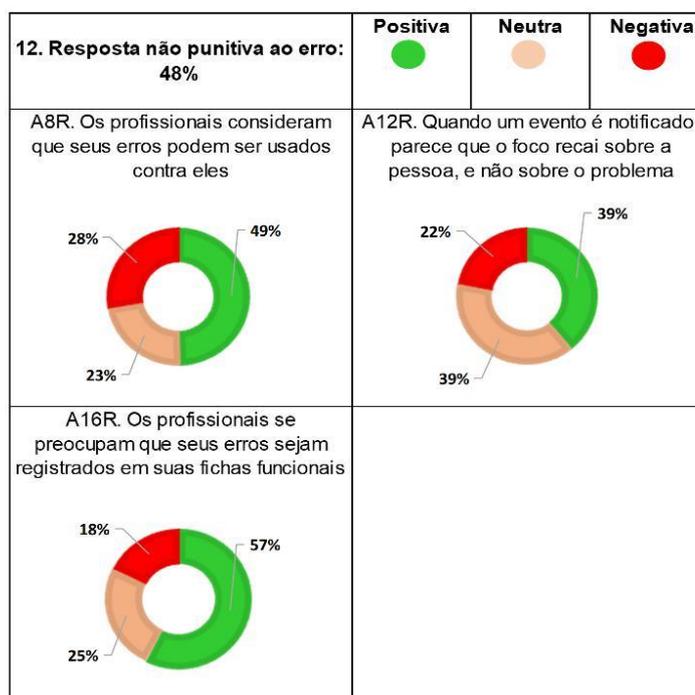
Segundo Pereira et al. (2011), muitos fatores podem influenciar o momento da passagem de plantão, fazendo com que não seja de forma efetiva, ocasionando falhas gerais e na continuidade do tratamento do paciente, como: o local, tempo, organização do processo de trabalho, faltas, atrasos, telefone, companhias, interrupções.

A adequada postura do profissional associada ao conhecimento científico e prático para a prestação do cuidado, aliados à prática diária, ao entendimento do estado clínico do paciente, não só pode favorecer a passagem de plantão de forma ampla e didática - possibilitando o entendimento por parte do próximo profissional que irá assumir o plantão acerca das dificuldades e atividades clínicas atravessadas no plantão anterior-, como também considerar adversidades esperadas dos quadros apresentados.

Em nosso estudo, como ilustrada na Figura 14, a dimensão foi considerada frágil, entendendo através das respostas dos participantes que existe um esforço em transmitir as informações de forma efetiva; entretanto, ainda existem erros que podem levar a falhas no atendimento, por isso, devemos saber a importância de se ter um planejamento constante do processo de trabalho, devido aos diversos fatores que podem interferir na transmissão de informações entre os profissionais, como também as soluções a serem construídas diante das falhas de comunicação, demonstrando a importância do acesso à informação na melhoria do processo de trabalho das equipes. A importância da clareza e do conhecimento sobre o processo é imprescindível e integralmente inerente a enfermagem, a qual se dispõe aos cuidados ímpares dos pacientes, contribuindo para a evolução de sua condição.

Com relação ao item “resposta não punitiva ao erro”, demonstrada na Figura 15, 20(49%) dos profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles, configurando este item como frágil. Nesta mesma proposta, 16(39%) dos entrevistados acreditam que o evento notificado leva o foco a recair sobre a pessoa responsável pela falha, e não sobre o problema que levou ao desfecho em si.

Figura 45 - Respostas dos participantes aos itens da dimensão “respostas não punitivas aos erros” - Hospital Universitário Electro Bonini, UNAERP, Ribeirão Preto/SP.



Fonte: elaborada pela própria autora (2022).

Assim como neste trabalho, outros autores identificaram a fragilidade do item punitivo associado ao erro nas instituições, como de Souza *et al.* (2015) 10(15%); Santiago e Turrini (2015) 22(29,6%); Tomazoni *et al.* (2015) 58(41%); Rodrigues (2016) 344(27%); Tobias *et al.* (2016) 19(16%); Netto (2016) 23(18%); Lima Neto (2017) 7(16%); Cruz *et al.* (2018) 42(25,6%); Fassarella *et al.* (2018) 197(26%); Galvão *et al.* (2018) 68(18%); Tavares *et al.* (2018) 104(47%); Nicácio (2019) 6(24%); Serrano *et al.* (2019) 40(19%); Moretão (2019) 56(23%); Okuyama *et al.* (2019) 50(16%); Sanchis *et al.* (2020) 102(21,9) e Moraes *et al.* (2020) 23(33%).

A análise de estudos com dimensões frágeis nos torna alerta, pois existe escassez de trabalhos que relaciona a cultura não punitiva ao erro, apontando na direção da necessidade de amadurecimento e adequação das instituições na condução e avaliação dos erros existentes.

Infelizmente, a maioria das instituições de saúde ainda trabalha no formato punitivo ao erro, apesar de muitas estarem tentando construir lentamente a implantação da cultura justa. Ainda vivemos a política do cuidado centrado no médico, e precisamos entender que o cuidado deve ser centrado no paciente, todos na instituição estão trabalhando para a recuperação do paciente, e cada um tem sua responsabilidade. A cultura punitiva tem história cultural, vem dos nossos antepassados, tempos com pouco conhecimento sobre o processo do erro, apenas era apontada a pessoa que o realizou - sem pensar em todo o sistema, o que levou ao estigma de que a pessoa que cometeu o erro seria demitida, receberia advertência, eventualmente um processo judicial-, ocasionando uma cultura do medo, da falta de comunicação, que encontramos até os dias atuais; como descrito nos estudos utilizados na presente pesquisa (TOMAZONI et al., 2015; MACEDO et al., 2016; BORBA NETTO, 2016; CRUZ et al., 2018; NICÁCIO, 2019; SANCHIS et al., 2020; RIBEIRO; SERVO; SILVA FILHO, 2021).

A implantação de uma cultura justa exige trabalho diário, a vivência profissional tem nos evidenciado essa realidade, mas a partir do momento em que os profissionais entendem e sentem confiança quanto aos processos vigentes, temos evolução significativa na redução dos EA, melhorando a qualidade na segurança da assistência.

Nos últimos anos, a ideia da “cultura justa” tem se tornado um ideal no movimento de segurança do paciente, e a adoção desta conduta pelas instituições de saúde vem para dar resposta a incidentes que vão desde erros humanos a más condutas intencionais (TOLEDO et al., 2021).

A cultura justa é um paradigma fundamental para quem está trabalhando com a segurança do paciente, inclusive com a qualidade da assistência, deixamos de ter a mentalidade da punição ao erro e focamos no entendimento de que erros acontecem, que as pessoas não os cometem porque querem, mas sim, porque as falhas no sistema a leva a cometê-los; incluindo também, os erros por negligência e imprudência. A cultura de segurança do paciente vem nos auxiliar nesta separação, os erros que não são passíveis de punição, pois há a necessidade de resolver todo o contexto para que não ocorram novamente; e os erros, comportamentos e atitudes que realmente não queremos que as pessoas tenham. Esta separação, essas atitudes, mostram aos profissionais o que realmente esperamos deles no dia a dia no trabalho.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

Os resultados do presente estudo permitiram avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente no contexto de um hospital universitário pela equipe de enfermagem, sendo identificadas suas áreas fortes e frágeis. A cultura de segurança de pacientes do hospital investigado encontra-se em um nível satisfatório, uma vez que das doze dimensões avaliadas, somente duas encontram-se abaixo do nível mínimo aceitável.

As fortalezas encontradas estão nas dimensões sobre a “aprendizagem organizacional”, “expectativas sobre o seu supervisor/chefe”, “trabalho em equipe dentro das unidades” e o “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, o que nos mostra que as equipes estão ativamente trabalhando para melhorar a qualidade do serviço e a segurança do paciente. Já os pontos frágeis, ou seja, que devemos enxergar como uma oportunidade de melhoria são “repostas não punitivas aos erros” e “passagem de plantão ou de turno/transferências”.

A dimensão “passagem de plantão ou de turno/transferências”, faz com que perda de informações relacionadas ao tratamento do paciente ocorram, incorrendo em erros e prejuízos, devemos buscar melhoria na atenção na passagem de plantão, informar adequadamente todos os dados relacionadas ao tratamento e ocorrências.

A dimensão “resposta não punitiva ao erro”, apresentou um índice abaixo de 50%, o que permite inferir que os participantes acreditam que serão punidos mediante o erro cometido. Essa é uma cultura que deve ser transformada e desmistificada, por meio de ações ao longo do tempo, para que os profissionais e a instituição comecem a trabalhar focados na melhoria do atendimento e não pensando em futuras punições.

Observa-se também na análise realizada quanto ao número de notificações realizadas pelos participantes nos últimos 12 meses, que 63% não realizaram nenhuma notificação nesse período, isso pode ser em decorrência da falta de informação e ou os profissionais acreditarem que há punição ao erro, ao ocorrerem subnotificações. Estratégias devem ser elaboradas pela instituição mostrando ao profissional que notificar não significa punição e que através delas podemos minimizar os riscos: primeiramente ao paciente e seus familiares, depois ao colaborador e a instituição.

Considerou-se como limitação desta pesquisa o número de participantes, ainda que o estudo tenha ocorrido com todos os membros da equipe de Enfermagem, mas em hospital de pequeno porte, enfatizando a importância da investigação para este contexto de saúde, considerando a segurança do paciente, também em instituições de saúde com maior número de participantes.

É necessário considerar que a cultura de segurança do paciente está associada tanto aos fatores individuais como coletivos e a formação da perspectiva da cultura é construída coletivamente e, nesse sentido, todos deverão contribuir diariamente.

A partir dos resultados desta pesquisa foram gerados dois produtos: Relatório de pesquisa científica – entregue à Instituição onde o estudo ocorreu (PRODUTO 1), além da Proposta de Curso de Capacitação (PRODUTO 2).

Acreditamos que esse estudo, pode subsidiar e fundamentar novas pesquisas sobre a temática e nortear a tomada de decisão dos profissionais de saúde no dia a dia em relação à maneira de lidar com as questões relacionadas à segurança do paciente e implementação de protocolos seguros que possam gerar confiança da equipe, tanto em segui-los, quanto em notificar o não seguimento de algum deles.

REFERÊNCIAS

ABREU, I. M. et al. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, [S. l.], v. 40, n. esp., 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180198.

ALVES, M. F. T.; CARVALHO, D. S.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Curitiba, v. 24, n. 8, ago. 2019.

ANDRADE, L. E. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 161-172, 2018.

ANDRADE, L. E. L. **Evolução da cultura de segurança em hospitais antes e após a implantação do programa nacional de segurança do paciente**. 2016. 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/21349>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BAGNASCO, A. et al. Identifying and correcting communication failure among health professional working in the Emergency Department. **Int Emerg Nurs**, [S. l.], v. 21, v. 3, p. 168-172.

BATISTA, J. et al. Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, [S. l.], v. 40, n. esp, e20180192, 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180192.

BORBA NETTO, F. C.; SEVERINO, F. G. Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino do Ceará. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 3, p. 334-341, jul./set., 2016. DOI: 10.5020/18061230.2016.p.334.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília: DOU, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 02 set. 2020.

CARMO, J. M. A. et al. Culture of patient safety in hospital units of gynecology and obstetrics: a cross-sectional study. **Rev Bras Enferm.**, [S. l.], v. 73, n. 5, e20190576, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0576.

CARVALHO, P. D. et al. Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 01-11, jan./mar. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem**. Brasília: COFEn, 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html. Acesso em: 01 ago. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **10 passos para a segurança do paciente**. São Paulo: COREn. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/10-passos-para-a-seguranca-do-paciente/>. Acesso em: 03 set. 2020.

CRUZ, E. D. A. et al. Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. **Cogitare Enferm.**, [s. l.], v. 23, n. 1, e50717, 2018. DOI: 10.5380/ce.v23i1.50717.

DUARTE, A. Por que as equipes não funcionam. 2011. Disponível em: http://www.gpportal.com.br/2011/10/por-que-as-equipes-nao-funcionam_22.html. Acesso em: 02 ago. 2021.

FASSARELLA, C. S. et al. Cultura de segurança dos enfermeiros entre os serviços de um hospital universitário. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 72, n. 3, p. 803-809, 2019.

FASSARELLA, C. S. *et al.* Evaluation of patient safety culture: comparative study in university hospitals. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 52, e03379, 2018.

FÉLIX, R. S. **Cultura de segurança do paciente em uma maternidade na perspectiva de usuárias e equipe multiprofissional**. 2017. 180 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil) - Centro Universitário Franciscano, Santa Maria/RS, 2017. Disponível em: <http://www.tede.universidadefranciscana.edu.br:8080/handle/UFN-BDTD/622>. Acesso em: 10 jan. 2022.

GALVÃO, T. S. et al. Patient safety culture in a university hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto/SP, v. 26, e3014, 2018. DOI: 10.1590/1518-8345.2257.3014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, A. Q. F. **Iniciativas globais para segurança do paciente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

KAWAMOTO, A. M. et al. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **R. pesq. cuid. fundam. online**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 4387-4398, abr./jun. 2016. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4387-4398.

LEMOS, G. C. et al. Cultura de segurança do paciente em três instituições hospitalares: perspectiva da equipe de enfermagem. **Rev Baiana enferm.**, Salvador/BA, v. 36, e43393, 2022.

LOPEZ, E. C. M. S. et al. Cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino. **REME - Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte/MG, v. 24, e-1298, 2020. DOI: 10.5935/1415-2762.20200027.

MACEDO, T. R. et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. **Rev Esc Enferm USP.**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 756-762, 2016.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, 2013.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 279-284, ago. 2009.

MORAES, I. K. N. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente no setor de hemodinâmica em um hospital privado de São Luís - MA. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, [s.l.], v. 2, ano 5, ed. 07, p. 43-56, jul. 2020.

MORETÃO, D. I. C. **A cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de um hospital de ensino da rede pública de saúde**. 2019. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFC-BBTR7U/1/diene_in_s_carvalho_moret_o.pdf Acesso em: 22 mar. 2022.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARAES, R. S. L.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte/MG, v. 17, n. 1, p. 69-75, jan./mar. 2013.

NICÁCIO, M. C. **Cultura de segurança da mulher no parto hospitalar: um estudo misto das percepções dos profissionais de enfermagem e médicos**. 2019. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

NIEVA, V. F.; SORRA J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **BMJ Quality e Safety**, London, v. 12, P. 17-23, dez. 2003.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 636-640, jul./set. 2015. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016/26245>. Acesso em: 02 ago. 2022.

NOTARO, K. A. M. et al. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v. 27, e3167, 2019.

OKUYAMA, J. H. H. et al. Health professionals' perception of patient safety culture in a university hospital in São Paulo: A cross-sectional study applying the Hospital Survey on Patient Safety Culture. **Sao Paulo Med. J.**, [s. l.], v. 137, n. 3, may/jun. 2019. DOI: 10.1590/1516-3180.2018.0430140319.

PEDREIRA, M. L. G. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 800-801, 2009.

PEDRONI, V. S. et al. Cultura de segurança do paciente na área materno-infantil de hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.**, [S. l.], v. 41, n. esp, e20190171, 2020.

PEREIRA, B. T. et al. A passagem de plantão e a corrida de leite como instrumentos norteadores para o planejamento da assistência de Enfermagem. **REME - Rev. Min. Enferm.**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 283-289, abr./jun. 2011.

PEREIRA, L. A. et al. Nursing and leadership: perceptions of nurse managers from a hospital in southern Brazil. **Rev Pesqui Cuid Fundam.**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 1875-82, 2016.

PINHEIRO, M. P. **Segurança do paciente: diagnóstico e intervenções da educação permanente em um hospital universitário.** Rio de Janeiro, 2015.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro.** 2013. 203 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital *Survey on Patient Safety Culture*: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, nov. 2012. DOI: 10.1590/S0102-311X2012001100019.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021.** Ribeirão Preto: Divisão de Planejamento em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/saude/plano-municipal-saude>. Acesso em: 02 set. 2020.

RIBEIRO, R.; SERVO, M. L. S.; SILVA FILHO, A. M. Perfil da cultura de segurança do paciente em um hospital público. **Enfermagem em Foco**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 504-511, 2021.

RODRIGUES, W. V. D. **Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente entre profissionais de saúde de um hospital público.** 2016. (Dissertação) - Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, 2016.

SANCHIS, D. Z. et al. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. **Rev Bras Enferm.**, [S. l.], v. 73, n. 5, e20190174, 2000.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, [S. l.], v. 49, n. esp, p. 123-130, 2015.

SCHATKOSKI, A. M. et al. Segurança e Proteção à Criança hospitalizada: Revisão de Literatura. Artigo de Revisão. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v. 17, n. 3, mai./jun. 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4018/4748>. Acesso em: 08 mar. 2020.

SCHUH, L. X.; KRUG, S. B. F.; POSSUELO, L. Cultura de segurança do paciente em unidades de urgência/emergência. **Rev Fun Care Online**, [S. l.], v. 12, p. 616-621, jan./dez. 2020.

SERRANO, A. C. F. F. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico. **REME - Rev Min Enferm**, [S. l.], v. 23, e-1183, 2019. DOI: 10.5935/1415-2762.20190031.

SILVA, A. C. A. B.; ROSA, D. O. S. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. esp., p. 01-10, 2016.

SORRA J. S.; DYER, N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. **BMC Health Services Research.**, E.U.A., v. 10, n. 199, p. 2-13, jul. 2010.

SORRA, J. S. et al. **Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide**. Rockville/MD: AHRQ, 2016. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf> Acesso em: 05 out. 2020.

SORRA, J. S. et al. **Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide**. Rockville/MD: AHRQ, 2016. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf> Acesso em: 05 out. 2020.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Mulher e trabalho - a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v. 11, n. 5, p. 593-600, set./out. 2003.

TAVARES, A. P. M. et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem. **Rev Rene.**, [S. l.], v. 19, e 3152, 2018.

TOBIAS, G. C. et al. de segurança em hospital de ensino: fortalezas e fraquezas percebidas por enfermeiros. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 1063-70, mar. 2016.

TOLEDO, S. A. R. G. et al. Cultura punitiva percebida por profissionais de saúde atuantes em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 68, p. 7647-7660, 2021.

TOMAZONI, A. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 161-169, jan./mar. 2015.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente: orientações para evitar eventos adversos**. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care. Genebra: WHO, 2006.

ANEXO E – PRODUTO 2 - Proposta de curso de capacitação

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

PAULA MARCIA PEREIRA GUERRA

PROPOSTA DE CURSO DE CAPACITAÇÃO
SEGURANÇA DO PACIENTE: JÁ PENSOU SOBRE ISSO?
PRODUTO 2

RIBEIRÃO PRETO
2022



UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO

PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO

Produto 2: Proposta curso de capacitação: Segurança do paciente, já pensou sobre isso?
Título da Pesquisa: Cultura de Segurança do Paciente na Perspectiva da Equipe de Enfermagem de um Hospital Universitário
Pesquisadora Responsável: Paula Marcia Pereira Guerra
Orientadora: Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva
Local do Estudo: Hospital Electro Bonini
Participantes do Estudo: Equipe de Enfermagem

Título: Segurança do Paciente – Já pensou sobre isso?

Tipo de proposta: Curso de capacitação

Temática (área): Saúde

Coordenadora: Paula Márcia Pereira Guerra

E-mail: paula.guerra@sou.unaerp.edu.br

Fone/contato: (16) 99224 – 6246

1. PROPOSTA

Área de conhecimento: Serviços em saúde

Início previsto: 06/03/2023

Término previsto: 05/06/2023

Valor: Gratuito

Carga horária: 40 horas.

Público alvo: O curso está proposto para configurar-se uma ação de capacitação continuada para todas as equipes assistenciais e administrativas do serviço de saúde. Apresenta-se em 4 módulos e a divisão da carga horária ocorrerá conforme necessidade do conteúdo por módulo.

Local de realização: o curso será mediado por tecnologia, ofertado no Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle, disponibilizado pela Universidade de Ribeirão Preto.

2. RESUMO DA PROPOSTA

O curso tem como objetivo ampliar e desenvolver o conhecimento sobre a segurança do paciente. Trata-se de um curso predominantemente teórico, considerando que a proposta é contribuir para a formação crítica e reflexiva dos profissionais participantes desta ação de capacitação. Por meio de leituras de bibliografia específica, selecionada de diferentes áreas dos estudos, espera-se



contribuir para o amadurecimento teórico que influencie significativamente a prática da assistência.

3. JUSTIFICATIVA

Esta ação de capacitação justifica-se, primeiramente, pela temática em cena, pois apesar dos cuidados ao paciente estarem sendo descritos e estudados há tempos, o que observamos atualmente é a elevação de sua complexidade, aumentando o potencial dos riscos à segurança do paciente, caso a equipe de saúde e os cenários de atendimentos não estejam atentos à segurança dos pacientes e dos profissionais, presentes nesse processo. Quando implantamos protocolos de segurança não beneficiamos somente o paciente, mas todos que compõem a ação do cuidado. Nessa direção, conseqüentemente, a organização e o empenho em evitar a ocorrência de eventos adversos incide também na empresa prestadora de serviços de saúde, pois a qualidade do trabalho prestado pelos colaboradores melhora, gerando confiabilidade e satisfação por parte dos pacientes e segurança dos trabalhadores.

Finalmente, este curso justifica-se na medida em que oferece uma oportunidade para que o público-alvo desta ação de capacitação, um espaço não somente de formação, mas também de reflexão acerca do seu próprio trabalho.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A cultura de segurança do paciente diz respeito ao gerenciamento e valores da equipe, igualmente aos sentimentos e normas sobre o que é importante na organização de saúde, como os membros da equipe devem comportar-se, quais as atitudes e ações são apropriadas ou inapropriadas e quais os processos e procedimentos devem ser recompensados ou punidos com relação à segurança do paciente (SORRA, 2010).

A história nos mostra que a qualidade em segurança do paciente é alvo de significativo debate pelos estudiosos e para entendermos a evolução e modificações conquistadas, um dos pontos primordiais para que este assunto fosse mais explorado foi o ocorrido no ano de 1999, o estudo realizado pelo Institute of Medicine (IOM) nomeado *To Err is Human* (Errar é humano), apontava a passividade dos médicos em relação aos seus erros. Foram analisados prontuários dos hospitais de Nova York,



Utah e Colorado, apontando que cerca de 100 mil pessoas morriam a cada ano, vítimas de eventos adversos (TRAVASSOS, 2013).

No que tange a atenção à saúde, a segurança configura-se em um princípio básico e traduz-se em importante requisito para a qualidade do cuidado. A Organização Mundial da Saúde (OMS) salienta que embora o cuidado à saúde traz consideráveis benefícios a todos os envolvidos, é preciso compreender que tais questões configuram um problema de saúde pública onde a segurança do paciente é um componente crítico de melhoria da qualidade do cuidado em todo o mundo (*WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO*, 2009).

O Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013 – que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como objetivo apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, envolvendo os pacientes e familiares nas ações de segurança, expandindo o acesso às informações e conhecimentos.

De acordo com o último Relatório da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, publicado em 2022, ficou evidente, com os resultados advindos da aplicação da Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente (2021), a necessidade de estimular e gerenciar a implantação de protocolos essenciais de segurança do paciente, uma vez que a efetiva articulação, parceria e devida orientação quanto à importância das práticas de segurança do paciente para a prevenção de eventos adversos pode sensibilizar gestores e profissionais da assistência, estimulando a reflexão e reconhecimento da necessidade de participar do processo anual de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente e identificar oportunidades de melhorias (ANVISA, 2022).

Diante da complexidade do tema segurança do paciente, a adoção da cultura de segurança mostra-se como item primordial para classificação de uma instituição “mais segura”. É importante destacar que para isso, é necessária a avaliação de aspectos que impactam no ambiente de cuidado e nos processos ali envolvidos (VINCENT, 2009).

Conhecendo a história, entendemos o caminho percorrido, as conquistas em prol da Segurança do paciente e a sua importância na redução dos erros, desejando que cada profissional, independente da área de atuação, seja transformador no alcance da qualidade da assistência.



5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral: desenvolver e ampliar o conhecimento em torno da segurança do paciente, auxiliando nas reflexões sobre o processo do cuidado e do trabalho diário.

5.2 Objetivos Específicos: estimular uma reflexão sobre a minimização de riscos e melhoria da qualidade do cuidado prestado ao paciente em serviços de saúde; discutir resultados do estudo realizado no Hospital, considerando fragilidades e fortalezas em relação à segurança do paciente.

6. METODOLOGIA

Propõe-se que o curso seja mediado por tecnologia, ofertado por meio do Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle, disponibilizado pela Universidade de Ribeirão Preto. Propõe-se que será enviado a unidade hospitalar através do e-mail da coordenação com 15 dias de antecedência Tutorial de Acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem que explicará passo a passo a maneira de se acessá-lo e também será disponibilizado em forma de cartaz que será fixado em todos os setores da instituição o mesmo passo a passo de acesso.

A capacitação dos membros das equipes assistenciais e administrativas do serviço de saúde através do Ambiente Virtual de Aprendizagem poderá ser realizada através do telefone ou computador, de qualquer local, no tempo delimitado para a realização do curso.

Módulo 1: História da Segurança do Paciente até os dias atuais (6 horas)

- a) Percursos da segurança do paciente;
- b) Qualidade e a evolução da segurança;
- c) Normas e leis.

Módulo 2: Direitos dos Pacientes – I Protocolo de Segurança (12 horas)

- a) Identificação do paciente;
- b) Cuidado limpo e cuidado seguro – Higienização das mãos;
- c) Cateteres e sondas – Conexões corretas;



- d) Cirurgia segura;
- e) Sangue e hemocomponentes – administração segura.

Módulo 3: Direitos dos Pacientes – II Protocolo de Segurança (12 horas)

- a) Paciente envolvido com sua própria segurança;
- b) Comunicação efetiva;
- c) Prevenção de queda;
- d) Prevenção de lesão por pressão;
- e) Segurança na utilização de tecnologia.

Módulo 4: Notificação dos Eventos Adversos e Cultura Punitiva (10 horas)

- a) Notificação dos eventos adversos;
- b) Investigação dos eventos adversos;
- c) Cultura não punitiva ao erro.

7. Relação Ensino, Pesquisa e Extensão

A proposta do curso obedece ao propósito da Dissertação do Mestrado em Saúde e Educação, onde foi investigada a Cultura da Segurança de um Hospital de Ensino, com o objetivo de contribuir com o desenvolvimento continuado das equipes. Como explicitado em outras seções, procura-se ampliar o conhecimento do público-alvo desta ação de capacitação, pois o curso conta bibliografia ampla e atualizada que permitirá ao cursista aprofundar seus estudos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA- ANVISA. Relatório da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2021, 08 de junho de 2022. 116p.

SORRA, J. S.; DYER, N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. **BMC Health Services Research.**, E.U.A., v. 10, n. 199, p. 2-13, jul. 2010.

TRAVASSOS, C.; CALAS, B. **A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente: orientações para evitar eventos adversos.** São Caetano do Sul: Yendis, 2009.



WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Geneva: WHO, 2009.

Disponível em: <https://www.who.int/gpsc/tools/InfSheet1.pdf?ua=1>. Acesso em: 07 jan. 2021.

ANEXO F – PRODUTO 2 – Segurança do Paciente. Você já pensou sobre isso?



UNAERP
Universidade de Ribeirão Preto



SEGURANÇA DO PACIENTE

VOCE JÁ PENSOU SOBRE ISSO?



MESTRADO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO
UNAERP



MÓDULO 1

História da Segurança do Paciente



MESTRADO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO
UNAERP

SEGURANÇA DO PACIENTE

Segundo o Ministério da Saúde, o tema "Segurança do Paciente" vem sendo desenvolvido sistematicamente pela Anvisa desde sua criação, cooperando com a missão da vigilância sanitária de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado. A partir de 2004, a Anvisa incorporou ao seu escopo de atuação as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da OMS, da qual o Brasil faz parte.



Segurança do Paciente

Desta forma, a segurança do paciente, faz parte da avaliação de

qualidade da assistência. Em 2001, o Institute of Medicine (IOM), dos EUA, definiu os

seguintes componentes fundamentais para a **qualidade em saúde:**

1. Segurança

Evitar danos ao paciente

PENSE SOBRE ISSO

Se você fosse o enfermeiro do plantão hoje, pense em situações que vocês acreditam que possam causar danos ao paciente, e que poderiam ser evitadas.



2. Acesso a tempo

Evitar demoras para todos

PENSE SOBRE ISSO

Se você fosse o enfermeiro do plantão hoje, pense em situações que vocês acreditam que possam otimizar o atendimento dos pacientes e melhorar o fluxo e agilizar o atendimento

Classificação de risco

Protocolo de Manchester



Entenda o protocolo de Manchester:

<https://star.med.br/protocolo-de-manchester-cores/>

3. Efetividade

prestar serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar-se destes e evitar prestar serviços àqueles que provavelmente não se beneficiarão;

PENSE SOBRE ISSO

Se você fosse o enfermeiro do plantão hoje, pense em situações que você acredita que possa utilizar seus conhecimentos científicos para melhorar a qualidade da assistência



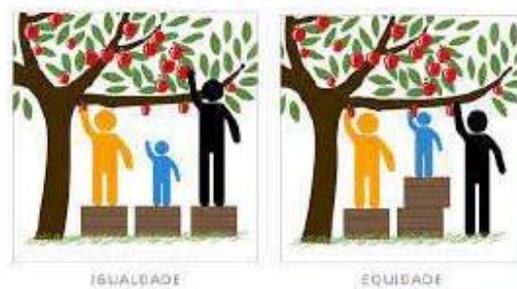
Entenda o que é prática baseada em evidências:
<https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648977023.pdf>

4. Equidade

não discriminar pacientes!

PENSE SOBRE ISSO

Se você fosse o enfermeiro do plantão hoje, pense em situações que você acredita que possa orientar sua equipe a ter equidade no atendimento.



Entenda o que é equidade:
<https://www.scielo.org/artigo/sausoc/2017.v26n3/676-689>

5. Eficiência

prevenir o desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energias; e centrada no paciente

PENSE SOBRE ISSO

Se você fosse o enfermeiro do plantão hoje, pense em situações que você acredita que possa orientar sua equipe a ser eficiente e evitar o desperdício de materiais e recursos.



Leia atentamente este artigo sobre conhecer a técnica adequada de colocação de EPI para evitar o desperdício durante a pandemia :

https://www.bian-sba.org/artigo/10_1016/l.biane.2021.02.034/pdf/rba-71-3-302-trans1.pdf

PERCURSORES DA SEGURANÇA DO PACIENTE

A preocupação com a segurança do paciente se tornou um movimento mundial na assistência à saúde. A segurança do paciente é definida como a *redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde.*

Em 1999, a **segurança do paciente** passou a ser tratada como questão de alta prioridade com a publicação do livro **“Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”** (do inglês: *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*), que **apresentou dados** sobre os altos índices de mortalidade anual, **cerca de 44.000 a 98.000 por ano**, causados por Eventos Adversos em americanos.



LINHA DO TEMPO



PARA ANOTAR: A OMS define segurança do paciente como “uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes em cuidados de saúde que buscam reduzir os riscos de forma consistente e sustentável, reduzir a ocorrência de danos evitáveis, tornar os erros menos prováveis e reduzir o impacto do dano quando ele ocorre”

Hospital

O hospital é o local onde a maior parte dos cuidados à saúde é realizado. Embora a família e profissionais também prestem cuidados no ambiente domiciliar, as evidências científicas tem demonstrado que pacientes internados estão suscetíveis a Eventos Adversos durante a hospitalização.



Plano de Ação Global

De acordo com o Plano de ação Global para segurança do paciente 2021–2030 publicado pela OMS, em média, estima-se que um em cada 10 pacientes está sujeito a um evento adverso enquanto recebendo cuidados hospitalares em países de alta renda. As evidências disponíveis sugerem que ocorrem cerca de 134 milhões de eventos adversos ao ano devido a cuidados inseguros ocorrem em hospitais localizados em países de baixa e média renda, o que contribui com a estatística de cerca de 2,6 milhões de mortes todos os anos.



01
RECAPTULANDO



IMPORTANTE

Florence



Foi a precursora das ideias a respeito de Segurança do paciente em seu livro : **"Error é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro"**

Evolução



A Segurança do paciente evoluiu muito com os anos e as noções científicas e apoio da OMS

Normas e Leis



>Portaria Federal nº 529/2013
>Plano de ação Global para segurança do paciente 2021–2030

FICOU CURIOSO? TEM MATERIAL DE APOIO PRA TE AJUDAR A SABER MAIS !



PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Disponível em:

<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude737202207.pdf>

PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Disponível em:

https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/orientacoes-para-preenchimento-do-formulario-avaliacao-das-praticas-de-seguranca-do-paciente-230421_final.pdf



Você tem dúvidas?
Envie para: email:
paula.guerra@sou.unaerp.edu.br

Dúvidas até julho/2023

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e de outras providências. Diário Oficial da União, 26 de julho de 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Orientações Gerais para a Notificação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Nota Técnica, nº 1, janeiro de 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Organização Pan-Americana de Saúde. Introdução à Segurança do Paciente e Qualidade, módulo 1, Brasília, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, cad. 6/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.

GOUVÊA, Carla Simone Duarte de; TRAVASSOS, Claudia. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. Cadernos de Saúde Pública, v. 26, p. 1061-1078, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2 de abril de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). [citado em 2014 Mar 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anvisa. Focuz. Protocolo de identificação do paciente. [citado em 2014 Mar 10]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/Julho/Protocolo%20-%20Segura%C3%A7%C3%A3o%20de%20Prescri%C3%A7%C3%A3o,%20uso%20e%20%20Administra%C3%A7%C3%A3o%20de%20Medicamentos.pdf>



MÓDULO 2: Direitos dos Pacientes –
I Protocolo de Segurança



Respeito aos direitos do paciente



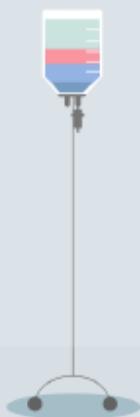
O respeito aos **direitos do paciente** é condição inegociável para a prestação de serviços em saúde.

Vale para consultas, exames e todo o tipo de procedimento médico. São premissas que pautam as ações de atendimento, seja ele realizado presencialmente ou mediado pela tecnologia, como acontece.

Vai desde o suporte ao acompanhante e se estende à garantia de acesso a informações sobre diagnósticos e tratamentos.

Acima de tudo, os cuidados devem garantir que o usuário tenha **informações e dignidade preservadas**.

Respeito aos direitos do paciente



DIREITOS DO PACIENTE E LEGISLAÇÃO

A saúde é um direito presente em documentos de referência internacional.

Posso citar como exemplo a Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU).

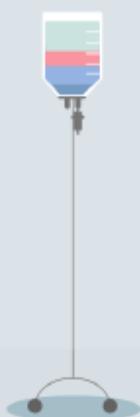
Nesse sentido, vale observar o que a Constituição determina sobre os direitos do paciente em seu artigo 196:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Apesar de fazer clara menção ao Sistema Único de Saúde (SUS), o trecho inspirou a criação de regras também para a saúde privada.

3

Acesse os documentos e fique por dentro



Declaração dos direitos humanos

<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>

Artigo 196 da constituição

<https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/legislacao/constituicao-de-1988/>

4

COMO EVITAR ?

JÁ QUE ESSE ASSUNTO TEM TANTA IMPORTANCIA LEGAL, O QUE FAZER?

CRITÉRIOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE



- 1 Identificar corretamente o paciente.
- 2 Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde.
- 3 Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- 4 Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
- 5 Higienizar as mãos para evitar infecções.
- 6 Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

5

RISCO

GESTÃO DE RISCO

Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional



6

COMECE POR...

IDENTIFICAÇÃO

A identificação **FUNDAMENTAL** para garantir a segurança do paciente em qualquer ambiente de cuidado à saúde, pois erros de identificação podem acarretar sérias consequências para a segurança do paciente.

Para assegurar que o paciente seja corretamente identificado, todos os profissionais devem participar ativamente do processo de identificação, que deve ser feita por meio de pulseira, prontuário, etiquetas, solicitações de exames, com a participação ativa do paciente e familiar, durante a confirmação da sua identidade.



7

IDENTIFICAÇÃO



1 Pulseira de identificação

2 Etiqueta de identificação

3 Confirmação do nome completo, e data de nascimento **antes de qualquer procedimento**

META

1

Identificar corretamente o paciente

Sempre confirme a identificação do paciente antes de realizar exames, procedimentos e tratamentos.



Fique Atento!

Verifique o nome completo sempre e sempre consulte o data de nascimento antes e durante o procedimento.

Toda Pulseira deve estar devidamente identificada com pulsoira branca, com etiqueta adesiva legível, garantindo a verificação dos dados do paciente a todo instante necessário.



- 1** Identificar os pacientes com pulseira branca no tempo devido.
- 2** Verifique as pulseira de identificação dos pacientes previamente e tenha em qualquer situação que compoente sua vida.
- 3** A etiqueta de identificação é um instrumento padrão de identificação do paciente na instituição, utilizado em prontuários, formulários, ordens de medicamentos e hemoderivados, exames de exames, entre outros.
- 4** Antes de realizar de qualquer procedimento envolvendo o paciente é fundamental a confirmação de seu nome completo e data de nascimento.

CUIDADO LIMPO

CUIDADO LIMPO

A evidência científica demonstra que a **higiene adequada das mãos é a ação isolada mais eficaz** para impedir a propagação da infecção e evita até 50% das infecções adquiridas durante a prestação de cuidados de saúde. A **estratégia multimodal de melhoria da higiene das mãos da OMS** provou ser altamente eficaz, levando a uma melhoria significativa nos indicadores-chave de higiene das mãos, uma redução nas infecções associadas aos cuidados de saúde e resistência antimicrobiana, ajudando substancialmente a interromper surtos.

Você sabe o que é a estratégia multimodal da OMS?



9

Saiba tudo sobre a estratégia multimodal

SALVE VIDAS
Higienize Suas Mãos

Guia de Implementação

Guia para a implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos



Clique aqui e saiba mais :
https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/Guia_do_Implomntao_estrategia_multimodal_do_melhoria_da_HM.pdf



10

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS- CUIDADO LIMPO E SEGURO

OS CINCO MOMENTOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

01 Antes de tocar o paciente

02 Antes de realizar procedimentos

03 Após exposição a secreção

04 Após tocar o paciente

05 Após tocar superfícies próximas ao paciente

Meus 5 Momentos para a Higiene das mãos




11

Cateteres e Sondas

CONEXÕES CORRETAS

É comum a prática de enfermagem que envolve a administração de medicamentos e soluções via cateteres e sondas. Entretanto, a infusão em vias erradas – como troca entre sondas enterais e cateteres intravenosos é um evento frequente. As consequências podem ser leves, mas podem chegar também a morte do paciente. Pelo menos cinco práticas devem ser adotadas para evitar o erro.



12

Cateteres e Sondas

Cateteres e Sondas

1. Priorizar cateteres, sondas e seringas que tenham dispositivos que evitem conexões incorretas
2. Verificar todos os dispositivos antes de administrar medicamentos e soluções
3. Identificar cada tipo de cateter com cores diferentes
4. Orientar pacientes e familiares a não manusearem os dispositivos
5. E incentivar pacientes e familiares a participar da confirmação dos medicamentos e soluções que serão administradas

B

Cateteres e Sondas

CIRURGIA SEGURA

As infecções e outras complicações pós-operatórias são também uma séria preocupação por todo o mundo. Embora as taxas de mortalidade e as complicações pós-cirúrgicas sejam difíceis de comparar, tendo em vista a variedade de casos, a OMS afirma que em países industrializados a taxa de complicações importantes foi documentada com ocorrência de 3-16% em procedimentos cirúrgicos em pacientes internados. É preciso tomar medidas que tornem o procedimento cirúrgico mais seguro e a reduzir a possibilidade de ocorrência de danos ao paciente.

14

Cirurgia Segura

É preciso tomar medidas que tornem o procedimento cirúrgico mais seguro e a reduzir a possibilidade de ocorrência de danos ao paciente, promovendo a realização do procedimento certo, no local e paciente certos.

Utilização de uma ou de várias listas de verificação, de preferência que seja elaborada pelos serviços avaliando a complexidade dos procedimentos realizados

Uma dica é que estas listas de verificação sejam divididas de acordo com as diferentes etapas do processo

15

Sangue e Hemocomponentes

Sangue e Hemocomponentes

A administração intravenosa de sangue total ou hemocomponentes pode ser definida como a transferência de sangue e hemocomponentes de um indivíduo (doador) para outro (receptor). É indicada para pacientes que sofreram perda sanguínea significativa ou alterações hematológicas decorrentes de doenças ou procedimentos (ex.: choque, traumatismo, hemorragia, doenças sanguíneas, intervenções cirúrgicas, entre outros).

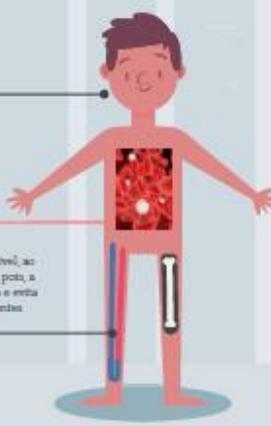


16

HEMOCOMPONENTES

INFUSÃO

A infusão só poderá ocorrer após a confirmação da identidade do paciente e de sua compatibilidade com o produto (glóbulos vermelhos, plaquetas, fatores de coagulação, plasma fresco congelado, glóbulos brancos).



ADMINISTRAÇÃO

A administração deve limitar-se, sempre que possível, ao componente sanguíneo que o indivíduo necessita, pois, a administração do produto específico é mais segura e evita reações em decorrência da infusão de componentes desnecessários.

ERROS

Erros na administração de sangue total e hemocomponentes comprometem a segurança do paciente, podendo levar a quadros graves. Portanto, para evitar erros com componentes sanguíneos são necessárias medidas de prevenção.

17

HEMOCOMPONENTES

Confirme a identificação do paciente na pulseira, na prescrição médica e no rótulo do hemocomponente, antes da sua administração. Esta verificação deverá ocorrer **DUAS vezes** antes de iniciar a infusão.



18

HEMOCOMPONENTES- ATENÇÃO

- 1** Administre sangue total ou hemocomponentes provenientes de bancos de sangue qualificados, que realizam testes de identificação de doenças E RIGOROSOS quanto a coleta, análise, preparo, armazenamento e transporte.
- 2** Manter o sangue 30 min em temperatura ambiente antes da administração!
- 3** Aqueça os componentes apenas em equipamentos apropriados e em temperatura controlada. Nunca utilize aquecimento em banho-maria ou micro-ondas.
- 4** Avalie os sinais vitais do paciente imediatamente antes do procedimento
- 5** Avalie a permeabilidade do cateter intravenoso
- 6** Realize a infusão em via exclusiva



HEMOCOMPONENTES- ATENÇÃO

- 7** Permaneça junto ao paciente nos primeiros 15 minutos após a instalação para identificar possíveis sinais de reações adversas
- 8** Interrompa imediatamente a administração na vigência de um ou mais sinais de reação adversa
- 9** Mantenha a infusão por no máximo quatro horas, devido ao risco de contaminação e ou alterações do produto, seguindo o protocolo da instituição.



Quer saber muito mais sobre administração de hemocomponentes? Clique aqui :
https://www.enfconicursos.com/uploads/cursos/2018/11/cursos_14724730018582e7770b0371.pdf

Gostou? Saiba mais sobre os assuntos dessa aula clicando aqui >>>

Ministério da Saúde

<https://www.gov.br/ansis/pt-br/assuntos/seguranca-da-vida/seguranca-do-paciente>





OMS

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>

21



Dúvidas devem ser encaminhadas para:
e-mail: paula.guerra@sou.unaerp.edu.br — prazo julho/23)

22

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e de outras providências. Diário Oficial da União, 26 de julho de 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Orientações Gerais para a Notificação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Nota Técnica, nº 1, janeiro de 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Organização Pan-Americana de Saúde. Introdução à Segurança do Paciente e Qualidade, módulo 1, Brasília, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, cad. 6/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.

GOLVÉA, Carla Simone Duarte de; TRAVASSOS, Claudia. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. Cadernos de Saúde Pública, v. 26, p. 1061-1078, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2 de abril de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). [citado em 2014 Mar 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pr0940_28_04_2011.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anvisa. Flocuz. Protocolo de identificação do paciente. [citado em 2014 Mar 10]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotline/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo%20-%20Segura%C3%A7%C3%A3o%20Prescri%C3%A7%C3%A3o,%20uso%20e%20Administra%C3%A7%C3%A3o%20de%20Medicamentos.pdf>



Paciente envolvido na sua própria segurança

- A atenção global com a segurança do paciente, definida como **redução, a um mínimo aceitável**, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, decorre da constatação de que 10% das pessoas que necessitam dos cuidados de saúde sofrem eventos adversos.
- A fim de gerar melhores resultados assistenciais, nessa perspectiva de redução de danos, o envolvimento do paciente no próprio cuidado tem ganhado notoriedade.
- O programa **Pacientes para a Segurança dos Pacientes**, criado pela OMS, incentiva esse envolvimento e traz como necessária a **colaboração e parceria entre pacientes, profissionais, gestores e vítimas de incidentes**, nos processos de melhoria da segurança.



Fique Ligado

Paciente no centro

Para colocar em prática essa estratégia de atendimento e obter sucesso, o paciente deve estar no centro de tudo.



Acompanhante ligado

Paciente e acompanhante devem auxiliar a equipe de saúde na prevenção de erros evitáveis.

PREVENÇÃO

Desde a publicação da Portaria 529/2013 do Ministério da Saúde, que trouxe a discussão sobre segurança do paciente, têm aumentado o interesse e as experiências relacionadas ao tema. Com o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que obriga todo hospital brasileiro a ter Núcleo de Segurança de Paciente, procura-se melhorar a qualidade da assistência no Brasil a partir da postura preventiva.



Como o acompanhante pode auxiliar a equipe?



Lembrando que o objetivo dessa conduta não é cobrar grosseiramente a equipe de saúde, e sim buscar a **PARCERIA** de ambos na qualidade do serviço ao paciente!

Diálogos que a equipe de saúde deve incentivar:

- O senhor já levou suas mãos hoje? – muito obrigada por me lembrar
- Poderia me explicar qual a medicação que será feita e para que ela serve? – Claro! Fico feliz com sua pergunta
- Podemos te dizer nosso nome e data de nascimento antes de você iniciar? – Por favor! Me ajudaria bastante.

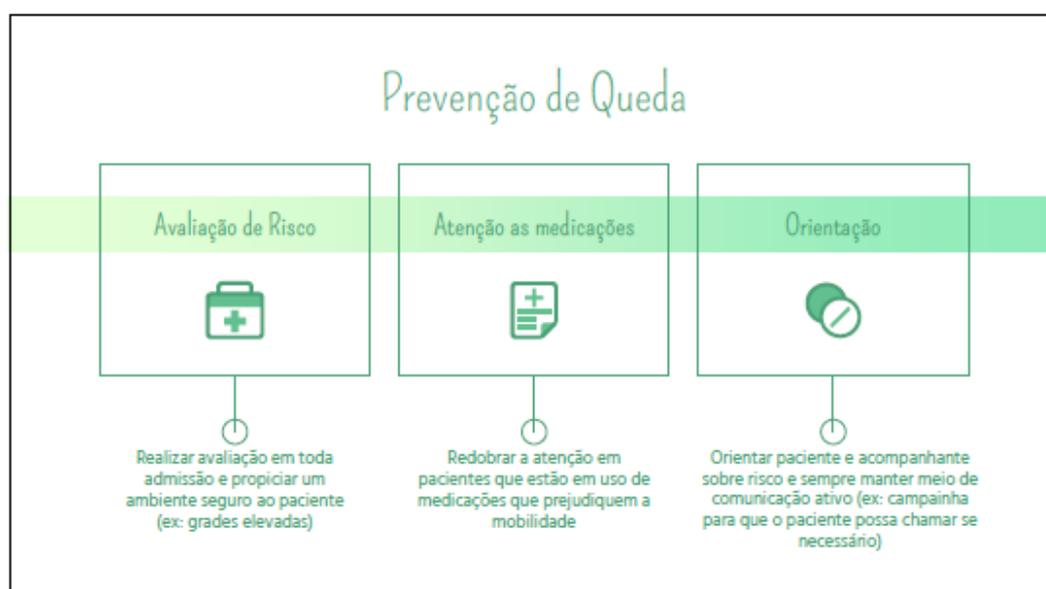
Comunicação Efetiva

Ligue o som e assista



https://www.youtube.com/watch?v=_5e3lf2JshQ&t=13s





NOTICIA INTERESSANTE

CUIDADO: risco de queda

Como um hospital paulistano reduziu os incidentes em 12% em apenas um ano

FIM DAS PULSEIRAS DE RISCO PARA TODOS

Agora, só pacientes de alto risco recebem, como mais um lembrete. Todos os pacientes têm risco de queda e são, no mínimo, alvo dos cuidados universais de prevenção

ADOÇÃO DE UMA NOVA ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO

A Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool dividiu os pacientes em três grupos: baixo risco, moderado e alto

SINALIZAÇÃO DE ALTO RISCO

Placas na porta dos quartos de pacientes com alto risco de queda destacam cuidados extras necessários e despertam olhar mais atento dos profissionais

AVALIAÇÃO DIÁRIA DO RISCO DE QUEDA

Para todos os pacientes. O plano de cuidado é feito levando em consideração o nível de risco e as medidas extras necessárias para cada nível

MONITORAMENTO

Análises dos incidentes feitas imediatamente e auditoria clínica mensal em prontuários

Fonte: RAQUEL AMORUSTE LUENROTH, Diretora Geral de Qualidade e de Atenção ao Paciente, IBSP



A incidência desse tipo de lesão é bastante alta no Brasil. No corpo, as áreas mais comumente afetadas são na região sacral (de 36% a 49%) dos casos, seguido pelos calcâneos (de 19% a 36%).



O que é uma lesão por pressão?

Lesão por pressão

O que é?

A lesão por pressão (LPP), também conhecida como úlcera de pressão, úlcera de decúbito ou ferida de leito, é um dano localizado na pele e tecido subjacente, que pode ser causado por pressão, cisalhamento ou fricção.

Quem tem mais risco?

Esse tipo de lesão é mais comum entre idosos, pessoas com a mobilidade reduzida ou pessoas acamadas e, usualmente, são de difícil cicatrização, dolorosas, necessitam de tratamento custoso, além de ter um impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo.

Quais os locais mais comuns?

As regiões de proeminências ósseas são as mais suscetíveis ao desenvolvimento de lesão por pressão por serem cobertas por pele e menores quantidades de tecido subcutâneo. As áreas mais suscetíveis incluem a região do sacro, cóccix e tuberosidade isquiótica – especialmente nas pessoas que se mantêm sentadas por um período prolongado, trocânter, calcâneo, joelho, maléolo, côndilo medial da tíbia, cabeça da fíbula, escápula e cotovelo.



Graus da lesão



Grau 1



Grau 2



Grau 3



Grau 4

Prevenção de Lesão por pressão



Utilizar hidratantes, quando a pele estiver ressecada

Monitorar regularmente a pele do paciente para detectar vermelhidões (eritemas) e promover a mudança do posicionamento do paciente regularmente

Utilize coberturas e protetores nas regiões de extremidade óssea, que são propensas a desenvolver as lesões por pressão



Agora é hora de aprofundar tudo que falamos hoje! Acesse:

<https://www.sanasaude.com/portal/carreiras/artigos-noticias/10-passos-para-a-seguranca-do-paciente-resumo-pratico-e-normas-em-cuidado-saude-carreira>

<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/psop>

Não deixe de assistir os vídeos disponibilizados pelo Ministério da Saúde :



<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/psop>



Dúvidas devem ser encaminhadas para o e-mail:
paula.guerra@sou.unaerp.edu.br

Prazo até julho/23

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 de julho de 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Orientações Gerais para a Notificação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Nota Técnica, nº 1, janeiro de 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Organização Pan-Americana de Saúde. Introdução à Segurança do Paciente e Qualidade, módulo 1, Brasília, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, cad. 6/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.

GOUVÊA, Carla Simone Duarte de; TRAVASSOS, Claudia. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. Cadernos de Saúde Pública, v. 26, p. 1061-1078, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2 de abril de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). [citado em 2014 Mar 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anvisa. Fio Cruz. Protocolo de identificação do paciente. [citado em 2014 Mar 10]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotline/segurancadopaciente/documentos/luho/Protocolo%20-%20Segura%C3%A7%C3%A3o%20de%20Medicamentos.pdf>

Módulo 4

Notificação dos Eventos
Adversos e Cultura
Punitiva



Eventos Adversos

- Eventos Adversos (EA) significam incidentes que atingem o paciente durante a prestação do cuidado de saúde, resultando em dano ou lesão, e podem representar um prejuízo temporário ou permanente, e até mesmo a morte entre esses usuários dos serviços de saúde (ANVISA, 2021).

Eventos Adversos

De maneira geral, incidentes que resultam em dano ao paciente são denominados Eventos Adversos em razão de não estarem relacionados a evolução natural da doença de base, e, portanto, a ocorrência é um indicador da distância entre o cuidado ideal e cuidado real, sendo o enfrentamento deste problema um dos maiores desafios dos serviços de saúde (ANVISA, 2021).

Eventos Adversos

Admitindo que muitos dos Eventos Adversos são evitáveis, a incorporação ativa de medidas preventivas voltadas para a redução de sua probabilidade de ocorrência pode evitar sofrimento desnecessário, economizar recursos e sobretudo proteger a integridade e a vida dos pacientes (ANVISA, 2021).

PLANO DE AÇÃO GLOBAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

1 em cada 10 pacientes está sujeito a um evento adverso enquanto recebendo cuidados hospitalares em países de alta renda

1/10

134M

Ocorrem cerca de 134 milhões de eventos adversos ao ano devido a cuidados inseguros ocorrem em hospitais localizados em países de baixa e média renda

2,6 milhões de mortes todos os anos por eventos adversos

2,6M

\$

A OMS estima que cerca de trilhões de dólares são gastos com o tratamento das consequências advindas dos Eventos Adversos

Não deixe de ler: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosde-saude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos>

EVENTOS ADVERSOS

Conforme a Classificação de danos decorrentes de incidentes (WHO, 2009), o paciente pode sofrer os seguintes tipos de danos >>>>>

NULOS

ausência de sintomas detectados e de tratamento

LEVES

presença de sintomas leves, perda de função ou danos mínimos ou moderados e de curta duração, com necessidade de intervenções mínimas

EVENTOS ADVERSOS

MODERADOS

presença de sintomas com necessidade de intervenção e aumento de tempo de internação, com dano ou perda de função permanente ou de longo prazo

GRAVES

sintomas com necessidades de intervenção para suporte de vida ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo

ÓBITO

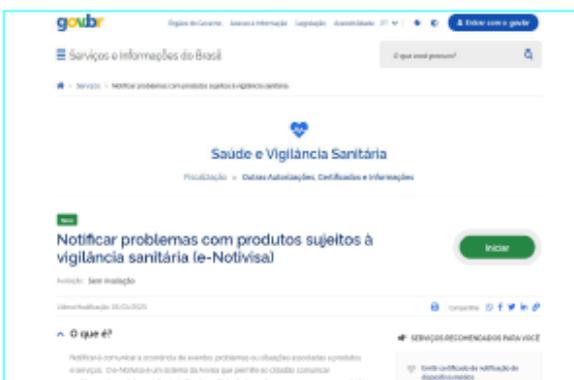
quando dentro das probabilidades, o evento em curto prazo, causou ou acelerou o óbito do paciente

Não deixe de ler: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos>

NOTIFICAÇÃO

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), órgão federal integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por finalidade institucional promover e proteger a saúde da população por meio do controle sanitário de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária (BRASIL, 1999), dentre outras funções, é responsável por compilar, processar e fazer a análise quantitativa e qualitativa de todas as notificações realizadas por meio do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), incluiu o módulo do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) versão 2.0

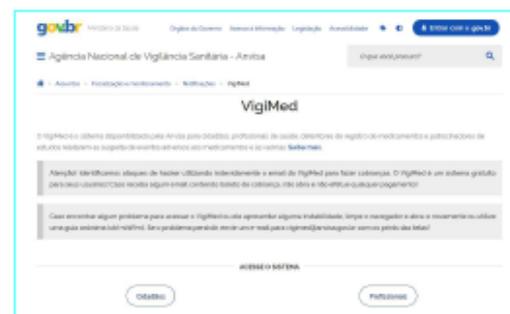
NOTIFICAÇÃO



NOTIVISA

O NOTIVISA é um sistema informatizado em âmbito de atuação municipal, estadual ou/e federal e em conjunto ao Ministério da Saúde e têm como objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território, por meio do recebimento de notificações de incidentes, EA, e queixas técnicas (QT) relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária, tais como: queda, lesão por pressão (LPP), reação adversa ao uso de medicamentos e outros.

NOTIFICAÇÃO



VIGIMED

Além do NOTIVISA, o VigiMed é o sistema, criado em 2018 e disponibilizado pela ANVISA para cidadãos, profissionais de saúde, detentores de registro de medicamentos e patrocinadores de estudos relatarem as suspeitas de eventos adversos aos medicamentos e às vacinas.

No que se refere aos usuários do VigiMed, cidadãos podem notificar problemas relacionados ao uso de medicamentos e vacinas por meio do formulário eletrônico aberto do VigiMed que pode ser acessado sem cadastro. Profissionais de saúde: podem notificar facilmente as suspeitas de eventos adversos de medicamentos mesmo sem cadastro com vínculo institucional.

NÃO DEIXE DE ACESSAR

01

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/notificacoes/vigimed/vigimed-saiba-mais>

02

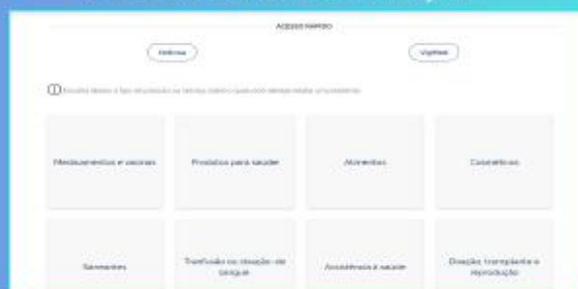
<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/notificacoes>

EXERCÍCIO

O SITE DA ANVISA É REPLETO DE MATERIAL DIDÁTICO RELACIONADO AOS SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO E COMO UTILIZA-LO. COMO EXERCÍCIO SUGERIMOS QUE VOCE, PREZADO ALUNO, ACESSE O LINK ABAIXO E NAVEGUE PELOS SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO.

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/notificacoes>

CLIQUE NESSE LINK E NAVEGUE PELOS SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO



ATENÇÃO

A notificação de um evento adverso, ou seja, a comunicação à Anvisa de uma suspeita, mesmo que não confirmada, de um problema associado a medicamento ou vacina torna possível constatar novos riscos e atualizar o perfil de segurança do produto. A subnotificação pode retardar a identificação de sinais de risco e subestimar a dimensão de um problema. A EQUIPE DE SAÚDE NÃO DEVE encarar a notificação de maneira PUNITIVA, mas sim, contribuinte para a evolução do cuidado seguro. Uma série de estudos já demonstrou que a cultura punitiva NÃO é eficiente.



Leia os estudos e fique cientificamente informado

Visão do enfermeiro sobre a cultura punitiva

<https://www.scielo.br/jj/reuusp/a/xtGFBSZtVLprTmszDktpLSJQ/abstract/?lang=pt>

Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva

Eventos adversos en Unidad de Terapia Intensiva: percepción de los enfermeros acerca de la cultura no punitiva

Cultura de segurança do paciente

<https://www.scielo.br/jj/tce/a/ZWcDcxBSzC5KzbdMPZQrWYF/abstract/?lang=pt>

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: AVALIAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
CULTURA DE SEGURANÇA PARA EL PACIENTE: EVALUACIÓN REALIZADA POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 66, n. 1, p. 1-10, jan. 2013.

ISSN 0034-7167

Um cuidado
mais seguro
depende de
nós



Você tem dúvidas?
Encaminhe para email:
paula.guerra@sou.unaerp.edu.br

Prazo até julho/23

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 de julho de 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Orientações Gerais para a Notificação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Nota Técnica, nº 1, Janeiro de 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Organização Pan-Americana de Saúde. Introdução à Segurança do Paciente e Qualidade, módulo 1, Brasília, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, cad. 6/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.

GOUVÊA, Carla Simone Duarte de; TRAVASSOS, Claudia. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. Cadernos de Saúde Pública, v. 26, p. 1061-1078, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2 de abril de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). [citado em 2014 Mar 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pr0940_28_04_2011.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anvisa. Flocuz. Protocolo de identificação do paciente. [citado em 2014 Mar 10]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo%20-%20Segura%C3%A7%C3%A3o%20de%20Medicamentos.pdf>