

LUCAS BARBOSA DE AGUIAR

CULTURA E CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE OS PROFISSIONAIS
DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PRIVADO DO DISTRITO FEDERAL

Brasília-DF, 2019

LUCAS BARBOSA DE AGUIAR

Cultura e clima de segurança do paciente entre os profissionais de enfermagem de um hospital privado do Distrito Federal

Dissertação de mestrado apresentada para o programa de pós-graduação de ciências e tecnologias em saúde da Universidade de Brasília – Faculdade Ceilândia como requisito para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Promoção, prevenção e intervenção em saúde

Linha de pesquisa: Saúde, educação e trabalho: Segurança do paciente.

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvana Schwerz Funghetto

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Cris Renta Grou Volpe

Brasília-DF, 2019

Ficha catalográfica:

Aa	<p>Aguiar, Lucas Barbosa</p> <p>CULTURA E CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PRIVADO DO DISTRITO FEDERAL / Lucas Barbosa Aguiar; orientador Silvana Schwerz Funghetto; co-orientador Cris Renata Grou Volpe. -- Brasília, 2019.</p> <p>101 p.</p> <p>Dissertação (Mestrado - Mestrado em Ciências da Saúde) -- Universidade de Brasília, 2018.</p> <p>1. Segurança do paciente; . 2. Cultura; . 3. Enfermagem; . 4. Percepção; . 5. Avaliação. I. Schwerz Funghetto, Silvana, orient. II. Grou Volpe, Cris Renata, co-orient. III. Título.</p>
----	--

Autor: Lucas Barbosa de Aguiar

Título: Cultura e clima de segurança do paciente entre os profissionais de enfermagem de um hospital privado do Distrito Federal

Dissertação de mestrado apresentada para o programa de pós-graduação de ciências e tecnologias em saúde da Universidade de Brasília – Faculdade Ceilândia como requisito para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em: __/__/____

Banca examinadora:

Profª Drª: Silvana Schwerz Funghetto (Orientadora)

Profª Drª: Marina Morato Stival

Profª Drª: Adriana Maria Duarte

Profª Drª: Mani Indiana Funez

“...⁴O amor é paciente, o amor é bondoso. Não inveja, não se vangloria, não se orgulha. ⁵Não maltrata, não procura seus interesses, não se ira facilmente, não guarda rancor. ⁶O amor não se alegra com a injustiça, mas se alegra com a verdade. ⁷Tudo sofre, tudo crê, tudo espera, tudo suporta. ⁸O amor nunca perece; mas as profecias desaparecerão, as línguas cessarão, o conhecimento passará. ⁹Pois em parte conhecemos e em parte profetizamos; ¹⁰quando, porém, vier o que é perfeito, o que é imperfeito desaparecerá...”

1º Coríntios 13, 4-10

DEDICATÓRIA

Dedico esta realização a Deus, que me permitiu concretizar esse sonho. Dedico também a toda minha família, mas especialmente à minha mãe, pai, irmã, madrinha e meus primos, que me suportaram nos momentos mais difíceis, de estresse, ansiedade, noites sem dormir, pelas ausências, compreensão e amor em sempre me ajudar e me desejar bem, acima de qualquer coisa.

Novamente, merecem dedicação especial minha mãe que nunca deixou de acreditar em mim e que sempre esteve disposta a me ouvir e chorar comigo quando necessário, além de entender todas as noites que chegava tarde do hospital depois de trabalhar e coletar dados, dia e noite. Dedico este trabalho também, a minha madrinha que como uma mãe também me apoiou em cada final de semana que deixava de vê-la para poder escrever e estudar. Minha família é sensacional.

Dedico este feito a minha avó que, enquanto viva, valorizou meus estudos e com o seu falecimento me incentivou a escolher o caminho da enfermagem, onde conheci um mundo durante a academia que me trouxe à carreira da docência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus novamente e que toda honra e toda glória seja dada a ele em todo momento, pois sem ele não seria possível ter forças para dar esse passo tão sublime.

Agradeço as minhas orientadoras por toda ajuda, reuniões de orientações, cobranças, pelas noites que passei sem dormir após as reuniões, pois tudo serviu de muito crescimento profissional, mas acima de tudo me fez uma pessoa melhor.

Agradeço à Enf. Mestre Sara Goulart, a Prof.^a Dr^a Izabel e a fisioterapeuta Dênia Eloi por todo suporte estatístico. Mas em especial a professora Izabel que sempre estava à disposição, compreendia minha rotina de trabalho e estudos. A senhora é sensacional, jamais terei palavras para descrever toda minha gratidão.

Gostaria de agradecer a todos que contribuíram para que fosse possível a concretização deste sonho, minha líder profissional na enfermagem – Marina, que além de gerente e supervisora, foi alguém que me fez crescer pessoalmente e tornou mais fácil essa jornada, proporcionando o melhor ambiente para trabalhar e estudar. Minha equipe de trabalho que entendeu todos os dias que eu estava estressado, virado do final de semana, mas mesmo assim me ajudavam com conversas e piadas para que eu pudesse manter o foco.

Foram muitos professores da pós-graduação que com pequenos conselhos me mostravam as melhores formas para atingir o objetivo, a todos vocês muito obrigado.

É preciso agradecer a cada profissional que participou desta pesquisa e se voluntariou a dedicar alguns minutos de seus corridos plantões, para o preenchimento dos instrumentos da pesquisa, muito obrigado.

Embora tenha citado vários nomes, eu não teria espaço para agradecer a tantas pessoas que deveria, mas serei sempre grato por ter contato com vocês.

Muito obrigado!

LISTA DE SIGLAS

AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CCP – Cuidado Centrado no Paciente

CSS - *Culture of Safety Survey*

DRG – Grupo de Diagnósticos Relacionados

EA – Evento adverso

EPA – Estratégia Para Ação

EUA – Estados Unidos da América

HSOPS - *Hospital Survey on Patient Safety*

HTSSCS - *Hospital Transfusion Service Safety Culture Survey*

ICSP - *International classification for patient safety*

IOM – *Institute of medicine* (Instituto de Medicina)

ISMP - *Institute for Safe Medication Practices*

JCAHO - *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*

MSSA - *Medication Safety Self Assessment*

NM – *Near Miss*

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONA – Organização Nacional de Acreditação

PDCA – *Plan; Do; Check and; Act*

PDSA – *Plan; Do; Study and; Act*

PSCHO - *Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations*

SAQ - *Safety Attitudes Questionnaire*

SCS - *Safety Climate Survey*

SLOAPS - *Strategies for Leadership: Organizational Approach to Patient Safety*

SP – Segurança do Paciente

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UMI – Unidade Materno Infantil

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VHA PSCQ - *Veterans Administration Patient Safety Culture Questionnaire*

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentuais de respostas positivas dos profissionais de enfermagem, por dimensão conforme o instrumento HSOPSC. Distrito Federal, 2018

Gráfico 2 – Distribuição da mediana de respostas positivas dos profissionais de enfermagem, por dimensão conforme o instrumento HSOPSC. Distrito Federal, 2018

Gráfico 3 – Porcentagem de respostas para a nota da segurança do paciente pela percepção dos profissionais de enfermagem. Distrito Federal, 2018

Gráfico 4 – Volume de ocorrências notificadas nos últimos 12 meses pelos profissionais de enfermagem. Distrito federal, 2018

Gráfico 5 – Distribuição da mediana de respostas positivas dos profissionais de enfermagem, por domínio conforme o instrumento SAQ. Distrito Federal, 2018

RESUMO

Introdução: A segurança do paciente surge de um cenário alarmante de eventos com danos diretos ao paciente. Ao discutir o tema, uma instituição se compromete em defender e colocar em prática quebra de paradigmas, saindo da cultura de punição para o aprendizado com o erro. Para isso é preciso envolvimento desde o nível gerencial a unidade operacional com os objetivos estratégicos para assistência segura. **Objetivo:** Avaliar a cultura e clima de segurança do paciente em um hospital particular segundo a visão dos profissionais de enfermagem. **Método:** pesquisa exploratória transversal com análise quantitativa descritiva, realizada em um hospital privado do Distrito Federal no ano de 2018 entre junho e julho. Foram aplicados os questionários demográficos, *Hospital Survey on Patient Safety* (HSOPSC) e *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). **Resultados:** Participaram do estudo 313 profissionais de enfermagem, sendo 81 enfermeiros e 232 técnicos de enfermagem. A cultura e o clima de segurança não foram caracterizados com força na instituição. A cultura de segurança do paciente foi pontuada em 53% de respostas positivas enquanto o clima obteve uma mediana de 66 pontos positivos. Alguns domínios se destacam com fragilidade, como a percepção de punição frente aos erros, pontuando apenas 22% de respostas positivas, assim como a comunicação foi vista como fragilidade para a execução da segurança do paciente. Como destaque a percepção da gestão foi marcada como frágil nos dois instrumentos. **Conclusão:** Os instrumentos conseguiram detectar fragilidades significativas para a cultura e clima de segurança do paciente, indicando áreas que precisam ser trabalhadas a nível gerencial para repercutir na esfera operacional, a fim de garantir um cuidado seguro e de qualidade ao paciente.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Cultura; Enfermagem; Percepção; Avaliação

ABSTRACT

Introduction: Patient safety in an alarming scenario of events with direct patient relationship. To the problem the theme, an institution commits itself in defending and the practice of paradigms, leaving the culture of punishment for the learning with the error. To do this you need to have the average level of operational management of the strategic objectives for safe care. **Objective:** To evaluate the patient's safety culture and climate in a private hospital according to the nursing professionals' view. **Method:** cross-sectional exploratory research with quantitative descriptive analysis, performed in a private hospital of the Federal District in the year of 2018 between June and July. Demographic questionnaires, Hospital Survey on Patient Safety (HSOPSC) and Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) were applied. **Results:** 313 nursing professionals participated in the study, of which 81 were nurses and 232 nursing technicians. The culture and the security climate were not strongly characterized in the institution. The safety culture of the patient was scored in 53% positive responses while the climate had a median of 66 positive points. Some domains stand out with fragility, such as the perception of punishment against errors, punctuating only 22% of positive responses, just as communication was seen as fragility for the execution of patient safety. As a highlight the perception of management was marked as fragile in both instruments. **Conclusion:** The instruments were able to detect significant weaknesses in the patient's safety culture and climate, indicating areas that need to be worked at the managerial level to reflect on the operational sphere in order to guarantee a safe and quality care to the patient.

Keywords: Safety patient; Culture; Nursing; Perception; Evaluation

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	14
2. INTRODUÇÃO	15
2.1. Qualidade em saúde	15
2.2. Segurança do paciente	17
3. JUSTIFICATIVA.....	23
4. OBJETIVOS.....	25
4.1. Objetivo geral:	25
4.2. Objetivos específicos:.....	25
5. MÉTODO.....	26
5.1. Tipo de estudo.....	26
5.2. Local do estudo.....	26
5.3. População.....	26
5.5. Instrumentos de coleta	28
5.5.1. <i>Hospital Survey on Patient Safety – HSOPS</i>	28
5.5.2. <i>Safety Attitudes Questionnaire – SAQ Short form</i>	29
5.6. Variáveis do estudo.....	30
5.7. Análise de dados	31
5.8. Aspectos éticos	32
6. RESULTADOS	34
6.1. Aspectos demográficos	34
6.2. Análise do instrumento agrupada por domínios: visão geral da cultura de segurança do paciente - HSOPSC.....	36
6.2.1. Análise do instrumento HSOPSC versus dados demográficos de caracterização profissional.....	41
6.3. Análise do instrumento agrupada por dimensões: visão geral do clima de segurança do paciente - SAQ.....	42
6.3.1. Análise do instrumento SAQ versus dados demográficos de caracterização profissional.....	44
7. DISCUSSÃO.....	46
7.1. Contextualização das informações demográficas.....	46
7.2. Percepção de cultura de segurança do paciente – HSOPSC.....	48
7.3. Avaliação da percepção de clima de segurança do paciente – SAQ <i>short form</i>	54
7.4. Desafios para reconhecimento da cultura e clima de segurança do paciente	59
8. CONCLUSÃO	61

REFERENCIAS	62
APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	70
APÊNDICE II – Questionário De Descrição Demográfica.....	71
APÊNDICE III - HSOPSC – Layout alterado.....	72
APENDICE IV – Dimensões por itens – Hospital Survey of Patient Safety Culture	74
APENDICE V – Domínios por itens – Safety Attitudes Questionnaire – SAQ.....	76
APÊNDICE VI - Correlações Inter domínios e idade – SAQ <i>short form</i>	78
APENDICE VII - Correlações Inter dimensões e idade – HSOPSC	79
APÊNDICE VIII – Dados demográficos versus dimensões - HSOPSC.....	82
APÊNDICE IX – Dados demográficos versus dimensões - SAQ.....	85
ANEXO I – SAQ - <i>shor form</i>	87
ANEXO II - HSOPSC – Layout validado no Brasil	88
ANEXO III – CAAE Parecer De Aprovação Consubstanciado Ao CEP.....	93
ANEXO IV – Carta De Autorização Ao Hospital.....	99
ANEXO V – Declaração de confidencialidade do pesquisador	100
ANEXO VI – Carta de submissão do artigo.....	101

1. APRESENTAÇÃO

Ao ingressar na faculdade de enfermagem no ano de 2011, me deparei com uma realidade totalmente além do que imaginava. Já no segundo semestre, fui convidado pela professora de uma disciplina obrigatória, a participar de um projeto de pesquisa, mal sabia que essa professora acabaria sendo minha orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Minha primeira pesquisa começou na área de segurança do paciente, avaliando os riscos presentes no processo de medicação de um hospital público do Distrito Federal.

Assim finalizamos a primeira pesquisa, e iniciamos um segundo projeto correlacionado ao primeiro, que gerou minha defesa final na graduação. Como resultado de todo esse trabalho conseguimos duas publicações na revista latino americana de enfermagem e a participação em dois congressos distritais pela Universidade de Brasília (UNB).

Além de trabalhar com a linha de pesquisa em segurança do paciente, tive contato com o ambiente acadêmico por meio de monitorias, percorrendo matérias básicas como bioquímica e anatomia e com muito orgulho, a citologia onde fui tutor bolsista REUNI por três anos. Durante esse período acumulei outras experiências com monitorias de disciplinas obrigatórias da enfermagem, como semiologia, estágio curricular e ética.

Após cinco anos de graduação, com tanta proximidade da docência e a vontade de continuar com a linha de pesquisa, procurei minha atual orientadora que com muito entusiasmo aceitou meu convite e começamos a trabalhar para atingir o presente resultado de dois anos de dedicação.

2. INTRODUÇÃO

2.1. Qualidade em saúde

Qualidade geralmente é considerada como bondade ou alguma coisa semelhante a algo que agrada e no mundo profissional, como algo que afeta as instituições de forma positiva, porém a qualidade em saúde é definida pelo *Institute of Medicine* - IOM, como o aumento da probabilidade de resultado desejados conforme o conhecimento científico atual, ou seja, atingir o desfecho esperado dentro do processo desenhado previamente¹⁻⁴.

A origem da qualidade em saúde remonta o cenário da guerra da Crimeia em 1855, onde Florence Nightingale, com base em dados de mortalidade dos combatidos britânicos, propôs mudanças organizacionais nos hospitais, que resultaram em expressiva redução no número de óbitos dos pacientes internados. Reforçando que os resultados do cuidado na condição de saúde do paciente estão associados ao processo^{2,4,5}.

Em 1910, na Associação Médica Americana há relatos sobre a precariedade das escolas médicas. Nessa mesma época um cirurgião, Ernest Codman, argumenta que para se obter melhores resultados nos cuidados com os pacientes era preciso investir nas condições dos hospitais, dessa forma ele propõe o primeiro método de verificação para monitoramento da eficácia de processo, influenciando o colégio americano de cirurgiões que em 1917, elabora o primeiro elenco de padrões hospitalares conhecidos como “padrões mínimos”. No ano de 1952, nos Estados Unidos da América - EUA é criada a Comissão conjunta de Acreditação dos Hospitais (*Joint Commission on Accreditation of Hospitals* – JCAHO), formada por diferentes profissionais dos EUA e de hospitais no Canadá^{2,4,5}

No Brasil, a acreditação surgiu como estratégia para a melhoria da qualidade hospitalar no início da década de 1990. Já em 1994, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) e a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde (CNQPS), que vem desempenhando importante papel na instituição da acreditação no país. Seguindo a tendência de avaliações e padronizações de processos de qualidade, surge em 1988 o primeiro manual brasileiro de acreditação hospitalar iniciando no ano seguinte a implantação das normas técnicas do Sistema Brasileiro de Acreditação, com a institucionalização da Organização Nacional de Acreditação – ONA^{5,6,7}.

A implantação da qualidade no serviço de saúde é um processo que envolve empenho e deve ser feito com a devida atenção, uma vez que a defesa da migração do modelo para a área da saúde não permita uma escolha universal válida devido a sua subjetividade. A implementação de um modelo de gestão depende da referência escolhida, pois algumas

permitem a personalização do processo, embora o foco ainda seja de entregar um produto adequado a utilização pretendida^{5,8,9}.

Após a implantação de um modelo, a qualidade precisa ser avaliada, pois as ações precisam de monitoramento. A gestão de processo por meio de indicadores é marcada pela história, conforme descrito nos parágrafos anteriores, porém é preciso delinear esse marcador, pois a inclusão de indicadores representa uma estratégia para promover a segurança do paciente, uma vez sendo feita avaliação dos resultados.

Instituições procuram colocar a qualidade como uma forma de validação dos processos desejados, para isso passam por avaliações, processos de acreditação com especialistas externos, que padronizam e fornecem critérios para garantir a completude dos objetivos estratégicos da instituição e a segurança do cliente². O termo acreditar remete: "...ter confiança, dar ou estabelecer crédito e embute em si tranquilidade, segurança e satisfação..."¹⁰. Conceito esse que teve como base as postulações de Donabedian, onde o mesmo descreve a tríade: estrutura, processo e resultado. Esse conceito perpetua as bases da qualidade na elaboração de ferramentas para a mesma³.

Nessa continuidade foi criado um instrumento com vários itens para avaliar a qualidade em saúde, distribuídos em seis domínios distintos descritos pelo Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos, com posterior adaptação pela OMS. São eles: 1) Segurança; 2) Efetividade; 3) Atenção centrada no paciente; 4) Oportunidade/Acesso; 5) Eficiência e; 6) Equidade. Embora a segurança do paciente seja uma dimensão da qualidade, ela se mostra como uma magnitude muito crítica e de interface direta com o paciente, apresentando-se muitas vezes à parte deste contexto, quase como um membro independente^{5,11}.

A segurança do paciente em alguns serviços de saúde é vista de modo separado da qualidade, embora seja a última dimensão inserida no conceito, ela apresenta uma dualidade, ao passo que tem interface direta com a operação em saúde, seu foco é atingir o êxito da assistência diminuindo os danos desnecessários para o serviço e cliente^{2,5,12}.

Nessa vertente temos a qualidade que de forma indissociável, atua validando e certificando que a descrição dos processos seja realizada com excelência ofertando ao cliente a melhor experiência durante sua estadia. Podemos ver a qualidade e segurança muitas vezes em vias opostas, na qual a qualidade busca a eficiência e eficácia dos processos gerindo riscos financeiros, institucionais e ocupacionais, mas ao mesmo tempo a segurança do paciente busca reduzir os danos dentro dos riscos assistenciais, muitas vezes onerando as instituições no desenvolvimento de sistemas e recursos especializados^{2,5,12}

A segurança do paciente de forma exponencial está sendo cada vez mais valorizada nas instituições de saúde, uma vez que o cenário de erros e falhas de processos marcam a imagem dos serviços refletindo o nível de qualidade de dado lugar.

2.2. Segurança do paciente

A segurança do paciente surge de um cenário alarmante de somatório de eventos com consequências diretas ao paciente. Um a cada dez pacientes nos EUA tem um evento adverso (EA) durante a internação, assim como uma em cada duas cirurgias tem uma falha no processo de medicação. Ao estender a análise para o mundo temos anualmente uma média de 421 milhões de internações e dessas estão relacionados 42,7 milhões de eventos¹³⁻¹⁵.

Somando as estimativas de óbitos extrapoladas para o número de internações no SUS e saúde privada no Brasil em 2015, temos o mínimo de 104.187 a 434.112 possíveis óbitos associados a eventos adversos hospitalares/ano. Outros estudos descritivos relatam a elevada incidência desses eventos, uma vez que podemos atribuir o número de aproximadamente 180mil óbitos/ano resultantes de algum dano em todo o processo assistencial nos EUA, da mesma forma, no ano 2000 já havia um panorama de 44.000 a 98.000 mil óbitos hospitalares que constava ocorrência de ao menos uma falha assistencial^{14,16-19}.

A segurança do paciente pode ser definida como a redução de eventos adversos ou risco de danos relacionados aos processos de cuidados à saúde para um mínimo aceitável. No mundo a segurança do paciente tem início com Florence Nightingale e Avedis Donabedian elaborando os princípios da qualidade. No Brasil esse processo teve início nos serviços de transfusão, controle de infecção hospitalar e anestesia, principiando as discussões. Culminando no primeiro fórum brasileiro internacional sobre segurança do paciente e erro de medicação, em 2006^{20,21}.

Uma parceria com o *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) foi decisiva para a criação da portaria nº 1.660 de 22 de julho em 2009, que institui o Sistema de Notificação de Investigação em Vigilância Sanitária (Vigipos), onde investigava três grandes pilares: a busca ativa de eventos adversos; a notificação e investigação de eventos adversos e o uso racional de tecnologias. Nesse contexto essa última instituição, evoluiu para a então criação no ano de 2013, da portaria nº 529 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) estabelecendo a segurança do paciente como órgão obrigatório em todos os hospitais e com ela a aplicação das seis metas internacionais de segurança^{20,21}.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as metas internacionais de segurança do paciente são descritas como seis grandes grupos relacionados com os principais eventos

adversos que os pacientes podem desenvolver durante a hospitalização. As metas são: Identificar corretamente o paciente; Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde; Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; Higienizar as mãos para evitar infecção e; Reduzir o risco de lesões ao paciente em decorrências de quedas. Todas essas são traduzidas em indicadores assistenciais que refletem o perfil de qualidade de uma instituição^{21,22}.

Alguns dos citados acima como queda, infecção ou erro de medicação são exemplos de eventos adversos que ocorrem na assistência à saúde. Embora o evento adverso tenha diferentes visões conceituais é preciso pontuar primeiramente, o que se entende como incidente em saúde.

Incidente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente¹². Os incidentes classificam-se como: *near miss*, incidente que não atingiu o paciente (por exemplo: uma medicação dispensada pela farmácia para o paciente errado, mas foi percebido antes da administração no paciente); incidente sem dano, evento que atingiu o paciente, mas não causou nenhum dano discernível (por exemplo: o hemocomponente errado foi infundido, mas não houve reação); incidentes com dano ou evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente, produz resultados inesperados que afetam a segurança dos usuários e de outros envolvidos, bem como, causar ou contribuir para a morte, doença ou lesão séria. (Por exemplo: é injetado medicamento errado no paciente e este morre por consequente embolia pulmonar)^{5,23}.

Ainda quando falamos de dano ao paciente precisamos descrever as diferentes gravidades que um evento adverso pode adquirir. Um evento adverso com dano leve será quando a consequência no paciente, cliente ou profissional da saúde é sintomática, com sintomas leves, perda de funções ou danos mínimos ou intermediários de curta duração, sem necessidade de intervenção ou com uma intervenção mínima requerida (observação extra, inquérito, análise ou pequeno tratamento)^{5,23}.

Para o dano moderado a consequência no paciente, cliente ou profissional da saúde é sintomática, requerendo intervenção (procedimento suplementar, terapêutica adicional), um aumento na estadia, ou casou danos permanentes ou em longo prazo ou perda de funções^{5,23}.

O evento adverso classificado como dano grave tem uma consequência no paciente, cliente ou profissional da saúde é sintomática, requerendo intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, o evento encurta a esperança de vida ou causa grandes danos permanentes ou em longo prazo ou perda de funções. Por último temos que o evento

adverso classificado como óbito onde considerando o balanço das probabilidades que a morte foi causada ou antecipada em curto prazo pelo incidente^{5,23}.

Quando falamos em segurança do paciente devemos transpor a cultura da culpabilidade e transferir para o hábito de aprendizagem focando o erro com uma abordagem problematizadora²⁴. Essa abordagem deve começar assumindo que o profissional é passível de falha e que a partir delas podemos delinear alterações que fortaleçam o processo assistencial^{4,25}. Não obstante, cabe lembrar que a segurança do paciente se traduz na diminuição, a um mínimo aceitável, do risco de dano associado ao cuidado. Considera-se o evento adverso como uma consequência com múltiplos fatores associados, ou seja, danos não intencionais que resultam em incapacidade temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de permanência na instituição ou óbito^{17-19,24}.

Estudos realizados associando a média de permanência hospitalar agrupado pelo Grupo de Diagnósticos Relacionados (DRG Brasil) revelaram que no mesmo grupo diagnóstico e instituição um paciente que apresenta um evento adverso durante a assistência passa de em média 9 a 14 dias de internação para 18 a 26 dias, aumentando os custos pessoais e econômicos. O custo pessoal diz respeito aos danos causados por tais eventos aos pacientes e profissionais envolvidos e o econômico ao prejuízo financeiro para as instituições, responsáveis por evitar sua recorrência por meio de uma gestão efetiva, além de remediar uma exposição desnecessária do paciente^{14,26,27}.

O cuidado em saúde é caracterizado por abordagem multiprofissional e ao mesmo tempo o cuidado é individualizado na maior quantidade de tempo, nesse sentido a necessidade de padronização e internalização de conhecimento garantem assistência segura. O grande desafio está em como delinear esse conhecimento para a prática clínica, uma vez considerando a dinâmica e histórico de cada profissional. A segurança do paciente está em garantir políticas de educação continuada e permanente para o profissional de saúde proporcionando atualização e embasamento científico clínico. A prática baseada em evidências traz essa possibilidade de aprender com experiências anteriores, semelhante ao processo de abordagem problematizadora^{4,25,28}.

O reconhecimento do perfil assistencial para estabelecer estratégias de intervenção tornou-se necessário, uma vez que programas de capacitação podem ser elaborados conforme a necessidade da unidade de saúde. Muitos estudos são desenvolvidos descrevendo métodos para reconhecer essa realidade ou avaliar a operacionalização de um hospital, porém a descrição das instituições que almejam padrões de qualidade ainda demonstram ser incipientes^{29,30}.

Ao discutir segurança do paciente um hospital se compromete em defender e colocar em prática todos os pontos levantados nos parágrafos anteriores, mas sobretudo desempenhar um compromisso em garantir ao paciente o melhor cuidado que ele possa receber. Para isso é preciso que inúmeras esferas dentro de um hospital estejam coesas. Por mais que existam diversas ferramentas tecnológicas, estruturais e recursos sofisticados, o cuidado em saúde vai ser desempenhado em sua maioria pelo fator humano.

A presença de um profissional de saúde leva ao paciente a experiência de realizar o cuidado centrado no paciente⁵, porém o mesmo fator que enaltece o conceito mais básico de cuidado, pode-se apresentar como um cenário temeroso ou muitas vezes com medo enraizado desde a formação ao processo de trabalho diário. Quando a alta liderança de uma instituição decide desempenhar um cuidado com objetivos embasados nos princípios de qualidade e segurança é preciso conhecer essa realidade²⁴.

A cultura de um ambiente será definida como um padrão de suposições básicas compartilhadas, por um grupo³¹. Existe dificuldade ao exportar o conceito de cultura organizacional do contexto étnico/nacional, sendo que a cultura organizacional é entendida como:

“...conjunto de valores e pressupostos básicos expresso em elementos simbólicos que em sua capacidade de ordenar, atribuir significações e construir a identidade organizacional, tanto agem como elemento de comunicação e consenso como ocultam e instrumentalizam as relações de dominação.”³²

Dentro de uma instituição esse conceito ainda é confundido entre cultura organizacional e clima organizacional, por mais que os dois se representem de formas diferentes. O clima organizacional será o agrupamento de percepções compartilhadas pelos indivíduos sobre o ambiente organizacional. Em outras palavras o clima será o reflexo da cultura descrita no dia a dia de cada indivíduo^{30,33}.

Quando falamos em segurança do paciente pensamos em evitar danos, como já foi exposto, porém esse processo de prevenção depende do reconhecimento da realidade assistencial coletiva de um hospital. A notificação de incidentes é um desafio que as instituições enfrentam, pois dependem diretamente do profissional de saúde colaborar com essa comunicação. Um hospital que tem em seus colaboradores a rotina de notificar as falhas demonstra uma internalização da cultura de segurança do paciente, pois representa uma equipe sem receios de punição por divulgar falhas.

Podemos considerar cultura de segurança do paciente como:

“...cultura que possui os cinco seguintes atributos de alto nível que os profissionais de saúde devem se empenhar para colocar em prática durante a implantação de sistemas sólidos de gerenciamento de segurança; (1) uma cultura segundo a qual todos os trabalhadores dos cuidados em saúde (incluindo o pessoal de atendimento direto ao paciente, médicos e administradores) assumem a responsabilidade pela própria segurança, a dos colegas de trabalho, a dos pacientes e a dos visitantes; (2) uma cultura que prioriza a segurança acima de objetivos financeiros e operacionais; (3) uma cultura que estimula e recompensa a identificação, comunicação e resolução de questões de segurança; (4) uma cultura que estabelece um aprendizado organizacional a partir de acidentes ocorridos; (5) uma cultura que fornece estruturas, responsabilidades e recursos apropriados para manter sistemas de segurança eficientes...”³⁴⁻³⁶

Para outros autores a cultura de segurança do paciente pode ser expressa como o produto de valores padrões de comportamento, que determinam a compromisso e estilo de gestão de uma organização³¹. Muitas instituições que apresentam alto nível de cultura de segurança são reconhecidas por possuir uma base de comunicação franca e confiável entre os funcionários, podendo ser adotada para reconhecer a situação organizacional³⁶.

Dessa forma podemos extrair que clima de segurança são as características mensuráveis da cultura organizacional por meio de visões e atos dos indivíduos³¹. Reconhecer um erro permite a instituição crescer junto com os profissionais envolvidos, revendo processo e criando barreiras para evitar a recorrência. Muitas empresas incorporam o método de revisão de processos conhecido como PDCA (P=plan, planejar; D=do, fazer; C=check, checar; A=act, agir) para avaliar se as barreiras estipuladas são efetivas, mesmo esse método sendo atualizado para o PDSA (P=plan, planejar; D=do, fazer; S=study, checar; A=act, agir). Esse ciclo de qualidade proposto por Deming em 1986 descreve uma melhor alternativa para refletir sobre os achados^{5,37,38}.

Pensando de forma sistêmica, para um hospital apresentar um alto padrão de qualidade é preciso que se apresente requisitos de conformidade nos processos, muitas vezes estipulados por órgãos acreditadores externos. Sendo a segurança do paciente um domínio que demonstra tamanha importância, devido ao impacto que eventos adversos repercutem como reflexo dos processos, é necessário que a cultura de segurança do paciente esteja presente em cada colaborador. Essa apropriação reflete o investimento da alta liderança em políticas institucionais de educação permanente em saúde, campanhas e incentivos sobre a temática.

Visto que para o cuidado seguro acontecer é preciso que se tenha uma cultura e clima de segurança do paciente incorporados na instituição, existem inúmeros instrumentos que podem auxiliar na descrição dessas esferas. Nos últimos anos as instituições tem investido em reconhecer essa cultura e clima como base para criação/adaptação de processos.

Uma revisão da literatura agrupou nove instrumentos baseados em escala Likert. Sete desses instrumentos são de preenchimento individual: *Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations* – PSCHO; *Veterans Administration Patient Safety Culture Questionnaire* – VHA PSCQ; *Hospital Survey on Patient Safety* – HSOPS; *Culture of Safety Survey* - CSS; *Safety Attitudes Questionnaire* – SAQ; *Safety Climate Survey* – SCS; *Hospital Transfusion Service Safety Culture Survey* – HTSSCS. Dois para serem respondidos em grupo: *Strategies for Leadership: Organizational Approach to Patient Safety* – SLOAPS e *Medication Safety Self Assessment* – MSSA³⁹.

Essa mesma revisão³⁹, avaliando o nível de confiabilidade, mostrou que o SAQ e o HSOPS obtiveram um alfa de Cronbach de 0,68 – 0,81 para o SAQ e 0,63 a 0,83 para o HSOPS. Reforçando a validação de questionários proposto por Mattiensen que descreve o alfa de Cronbach como uma ferramenta para avaliar a confiabilidade e consistência interna de questionários, permitindo identificar a unidimensionalidade, de modo que quanto mais próximo o resultado do 1 mais confiável é o instrumento^{39,40}.

Os questionários citados como confiáveis descrevem a cultura e clima de segurança do paciente conforme o cenário onde são aplicados. Considerando que as duas dimensões, são muito próximas, chegando às vezes a serem confundidas na prática optamos neste estudo por utilizar as duas escalas e caracterizar uma população de profissionais de saúde.

Estudos que aplicaram esses questionários no território brasileiro, em diversas regiões, conseguiram avaliar a cultura e clima de segurança do paciente. As regiões Sul e Sudeste se destacam no volume acentuado de estudos com métodos semelhantes, para esta avaliação⁴⁶⁻⁴⁸. Ao avaliar os resultados destes estudos temos um cenário comum no qual as instituições não apresentam cultura e clima de segurança do paciente, demonstrando fragilidades quanto ao nível de qualidade de assistência prestada ao paciente.

Da mesma forma a região Centro-oeste e Nordeste trazem realidades semelhantes, quanto a necessidade de fortalecer a cultura e clima de segurança do paciente pois, conforme os instrumentos citados nos parágrafos anteriores identificaram fragilidades. Inúmeras áreas foram apontadas como frágeis, incluindo a esfera gerencial, políticas internas quanto a punição frente aos erros, políticas de comunicação^{41,46-48}.

3. JUSTIFICATIVA

Um hospital apresenta um objetivo de prestar cuidado de qualidade para seu usuário, embora na sua complexidade a organização do mesmo apresente semelhanças com algumas empresas o peso do cuidar de outras pessoas torna o ambiente totalmente diferente. A minha vivência assistencial me permitiu entender o lado de quem desempenha durante 12 horas o cuidado a outras pessoas, essa importância representa uma responsabilidade particular para cada profissional, a cultura que cada profissional cria varia conforme suas experiências e formação.

Erros em saúde acontecem com frequência, porém a abordagem desses erros é o que difere uma instituição de outra. Os profissionais de saúde são formados para nunca errar e com a ocorrência deste, caem em uma situação de frustração e reagem de maneira inesperada. A abordagem do ato de errar na academia ainda é algo incipiente, porém a história marca esse assunto desde 1999 com James Reason e o livro “*To err is human – Errar é humano*”, assumir essa realidade pode ser o primeiro passo para construir uma equipe que reaja de forma ideal em situações esporádicas¹⁶.

A repercussão de uma falha assistencial causa impactos diretos para o paciente, mas de forma inesperada aos profissionais de saúde que estão relacionados, gerando uma sequência de eventos que desestabilizam o time e enfraquecem o cuidado como um todo. Para o paciente causa aumento da internação, prejuízo permanente, intervenções para salvar a vida do mesmo e etc. e repercute no ônus financeiro para o hospital que precisa gerenciar esses danos a essas diferentes esferas.

Ao evoluir processos e estrutura, sem garantir que os profissionais acompanhem essa mudança, diminui-se a eficácia que poderia ser alcançada, gerando frustração para as supervisões e desacreditação pela alta liderança. O serviço em saúde depende da completa harmonia entre a operação, líderes, estrutura e foco na segurança do paciente.

Os hospitais com selos de acreditação passam por um processo de adaptação interna que precisa ser constantemente fortalecido, uma vez que o atual foco das creditações são padrões e qualidade em saúde voltados para o cuidado centrado no paciente, o reflexo da cultura organizacional tem que manifestar esses princípios em cada colaborador. Conforme dito no decorrer deste trabalho conhecer a cultura de segurança do paciente é a base para pensar em quais estratégias são cabíveis numa instituição. Por exemplo, não adianta uma empresa querer abrir uma filial em outro país sem possuir nenhum funcionário bilíngue. Podemos extrair esse arquétipo para o ambiente hospitalar, a mudança cultural na formação dos profissionais

começou após a implantação, tida como obrigatória, da temática sobre segurança do paciente na grade curricular, mas ainda é necessário empenho.

Dada a magnitude descrita nos tópicos anteriores, qualquer instituição que demonstra intenção de aprofundar as intervenções com seus colaboradores, bem como almejam atingir padrões de qualidade elevados é preciso desenhar projetos de trabalho que contemplem os requisitos mínimos para cada objetivo. A cultura e clima são a base para reconhecimento do panorama de fragilidades que um hospital possa apresentar, ter conhecimento dessas necessidades permite a atuação direcionada para o problema vigente. Com nisso surge o questionamento: Quais são as fragilidades e forças para cultura e clima de segurança do paciente entre os colaboradores dentro de uma instituição hospitalar privada?

Dessa forma o presente trabalho tem a proposta de avaliar a cultura e clima de segurança do paciente entre os profissionais de enfermagem em uma instituição hospitalar privada do Distrito Federal.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral:

Avaliar a cultura e clima de segurança do paciente em um hospital particular segundo a visão dos profissionais de enfermagem.

4.2. Objetivos específicos:

- Descrever os profissionais de enfermagem conforme variáveis demográficas e caracterização profissional
- Avaliar a cultura de segurança do paciente por meio do questionário *Hospital Survey on Patient Safety – HSOPSC*
- Avaliar o clima de segurança do paciente, por meio do questionário *Safety Attitudes Questionnaire – SAQ short form*
- Analisar a cultura e clima de segurança do paciente de acordo com dados demográficos e caracterização profissional
- Demonstrar os padrões de notificações de incidentes em saúde
- Correlacionar os domínios/dimensões de cultura e clima de segurança do paciente

5. MÉTODO

5.1. Tipo de estudo

O presente trabalho aborda um desenho de pesquisa exploratório transversal com análise quantitativa descritiva, por fornecer um retrato do fenômeno de um determinado período.

5.2. Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital privado localizado no Distrito Federal de nível terciário com atendimentos de múltiplas especialidades. O mesmo possui capacidade para 286 leitos, divididos nas unidades de Unidade de terapia intensiva (UTI) Adulto e Neonatal, Postos de internação, Maternidade e Pediatria. Ainda quanto as unidades assistenciais o hospital dispõe de Pronto Socorro Geral, Centro Cirúrgico e Radiologia.

A instituição escolhida conta com um corpo clínico composto por médicos terceiros contratados, 130 enfermeiros assistenciais e 573 técnicos de enfermagem que prestam assistência direta ao paciente, além dos profissionais terceiros das clínicas (fonoaudiologia, odontologia, fisioterapia, terapia ocupacional e etc.). O hospital em questão dispõe de prontuário eletrônico e ferramenta eletrônica para registro e controle de eventos adversos ocorridos, (Estratégia Para Ação - EPA) dos quais todos no hospital tem acesso para notificação.

O presente hospital se apresenta um região administrativa com aproximadamente 200 mil habitantes sendo referência para outras regiões próximas. O mesmo é acreditado com excelência nível 3 pela Organização Nacional de Acreditação, possuindo escritório de qualidade e núcleo de segurança do paciente instituídos desde a promulgação da portaria 529 em 2013. O núcleo de segurança do paciente gerencia os setores de controle de eventos adversos, controle de infecção hospitalar e protocolos clínicos incorporados a gerência de segurança do paciente.

Embora a existência do setor de segurança do paciente seja desde a promulgação da portaria, a instituição nunca desenvolveu ações para o reconhecimento da cultura de segurança do paciente, porém desenvolve inúmeras campanhas sobre a temática. Dessa forma faz-se necessário essa descrição para embasar condutas de melhoria continua nos profissionais e processos.

5.3. População

A população alvo do estudo foi definida focando os profissionais que dispõe de maior tempo de cuidado direto ao paciente. A amostra foi definida por conveniência, onde após

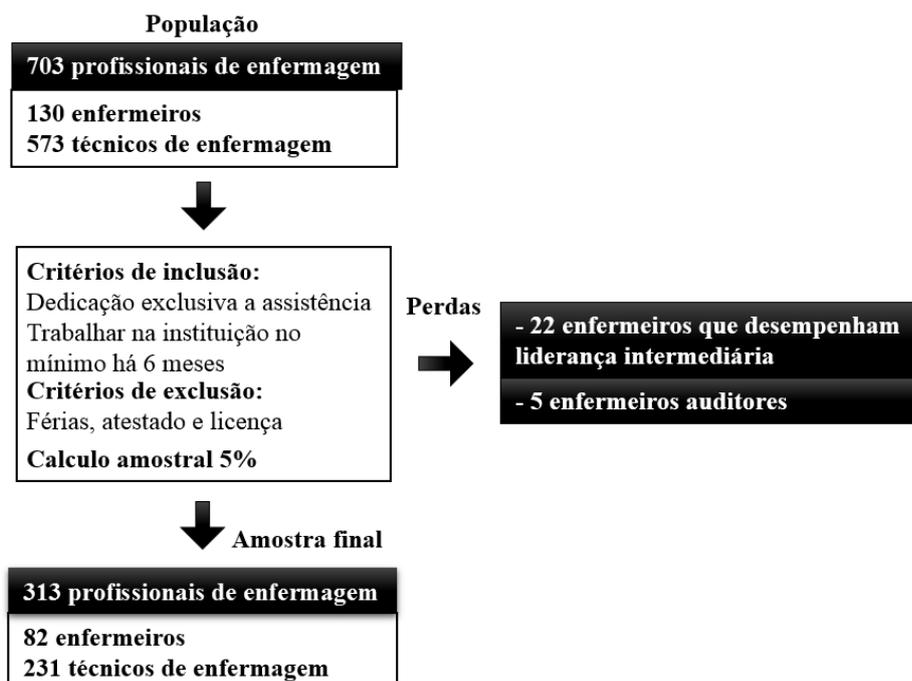
contato com os Recursos Humanos da instituição que informaram uma população de 130 enfermeiros e 573 técnicos de enfermagem.

Para compor a amostra foram definidos os critérios de inclusão: profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalham na instituição com no mínimo de 6 meses e trabalhar diretamente na assistência. Como critério de exclusão: funcionários que estavam de licença, férias ou atestados no período de coleta e enfermeiros que desempenham papel assistencial/administrativos, logo após foi calculado o erro amostral de 5%. Resultando em uma amostra final de 82 enfermeiros e 231 técnicos de enfermagem.

5.4. Etapas do estudo

O convite para participar da pesquisa foi realizado pessoalmente, pelo pesquisador responsável em todos os setores assistenciais e em todos os turnos, durante a jornada de trabalho, onde foi explicado o objetivo da pesquisa, etapas e solicitada a participação voluntária. Foram retirados do total de enfermeiros, 22 profissionais que desempenham papel assistencial/administrativo de média liderança e 5 enfermeiros auditores. A amostra final após aplicação dos critérios e cálculo foi de 82 enfermeiros e 231 técnicos de enfermagem, somando 313 participantes do estudo conforme o fluxograma 1.

Fluxograma 1 – Fluxograma metodológico para definição de amostra final dos profissionais de enfermagem de um hospital privado. Distrito Federal, 2018



Inicialmente foram agrupados, o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice I), o questionário demográfico (Apêndice II), a pesquisa de cultura de segurança do paciente (HSOPSC *layout* alterado) (Apêndice III) e a pesquisa sobre clima de segurança do paciente (Anexo I). No primeiro momento foi explicado como seria o andamento da pesquisa e que a participação seria voluntária e caso houvesse recusa em responder eles foram orientados a devolver os questionários. A coleta de dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2018, em todas as unidades do hospital.

Ocorrendo em duas etapas principais, a coleta de dados teve a primeira fase com a apresentação da pesquisa, convite a participar e entrega dos instrumentos. No segundo momento houve o retorno as unidades para recolher os instrumentos preenchidos. Nos quais ficam em posse até o final do plantão ou em alguns casos no próximo plantão.

5.5. Instrumentos de coleta

Para a realização da pesquisa foram utilizados três questionários, 1) caracterização demográfica, 2) instrumento de avaliação de cultura de segurança do paciente – HSOPSC e 3) instrumento de avaliação de clima de segurança do paciente – SAQ. Os dois instrumentos validados escolhidos, apresentam de forma semelhante um campo para categorizar a população, diante do excesso de questões semelhantes, optou-se por agrupar as questões em um terceiro instrumento único. Foram consultados os referidos *Guidelines* de aplicação dos instrumentos na busca da permissão para omissão de tais informações sem alterar a estrutura principal de cada instrumento validado. De modo que para o HSOPSC foi aplicado apenas os domínios que caracterizavam a base de cálculo e para o SAQ, a fim de não alterar o *design* original, foi orientado que não fizesse o preenchimento do referido campo.

5.5.1. Hospital Survey on Patient Safety – HSOPS

A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) elaborou o *Hospital Survey on Patient Safety* – HSOPS em 2004 como forma de descrever a cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares conforme a percepção dos profissionais de saúde. Originalmente o instrumento foi criado em inglês, passando por validação em diferentes momentos no Brasil. Onde apresentou testes de confiabilidade de α 0,91 demonstrando ser confiável para reprodução e aplicabilidade em outros contextos^{4,41,42}.

O questionário que avalia cultura de segurança do paciente (Apêndice III) é dividido em 42 itens, para cada indagação se apresentam como opções de resposta uma variação de concordância conforme uma escala likert, entre o Discordo totalmente (1), Discorda (2), Nem

concordo nem discordo (3), Concordo (4) e o Concordo totalmente (5). Além destas, duas perguntas não seguem a mesma forma de resposta sendo uma sobre a nota do setor “núcleo de segurança do paciente” que poderia ser avaliado em: 1) excelente 2) muito boa; 3) regular; 4) ruim e; 5) muito ruim. A outra questão referente a frequência de notificação de eventos permitia uma dentre seis respostas: nenhuma notificação; 1 a 2; 3 a 5; 6 a 10; 11 a 20 e; 21 ou mais. Devido ao formato do questionário foram suprimidas as questões relacionadas as características demográfica dos participantes⁴⁵.

O HSOPS apresenta doze dimensões em sua estrutura (Apêndice IV): trabalho em equipe dentro das unidades, expectativas sobre meu supervisor e ações promotoras de segurança do paciente; aprendizado organizacional, apoio da gestão para segurança do paciente, percepção geral da segurança do paciente, retorno da informação e comunicação sobre o erro, abertura da comunicação, frequência de relato de eventos, trabalho em equipe entre as unidades, adequação de profissionais, passagem de plantão ou de turno/transferências e respostas não punitivas ao erro. As perguntas reversas serão sinalizadas.

O preenchimento do questionário é anônimo e leva aproximadamente 15 minutos. Uma diferença do SAQ é a possibilidade de demonstrar fragilidades quanto a cultura de segurança do paciente no cenário onde o mesmo foi aplicado. Para validar os resultados o HSOPS apresenta resultados positivos para cultura de segurança do paciente quanto temos valores para as dimensões acima de 75%, valores abaixo de 50% demonstram áreas que necessitam de intensificação de ações de melhoria. O cálculo é uma porcentagem das respostas positivas por dimensão dividido pelo total de respostas válidas da mesma dimensão multiplicado por 100.

5.5.2. *Safety Attitudes Questionnaire – SAQ Short form*

O questionário *Safety Attitudes Questionnaire – SAQ short form* (Anexo I), é um dos instrumentos mais utilizados nos EUA, Reino unido e Austrália, além de fornecer informações sobre quais são os pontos que precisam ser intensificados dentro da estrutura organizacional de uma instituição³⁰. O instrumento foi elaborado inicialmente no estado do Texas-EUA em 2006, a partir de duas outras escalas: *Intensive Care Unit Managent Attitudes Questionnaires* e o *Flight Managent Attitudes Questionnaire*^{30,31}.

O processo de validação do instrumento para o Brasil ocorreu no ano de 2011, originalmente na língua inglesa, o questionário está disponível em mais de sete idiomas, sendo aplicado em mais de 1000 hospitais em diferentes países. Um estudo realizou a aplicação em mais de 1600 pessoas numa província da China, apresentando valores de confiabilidade muito fortes e contribuindo para replicabilidade em outros países⁴³.

O objetivo do instrumento é descrever a percepção sobre clima de segurança do paciente de quem o preenche. Para isso ele possui 41 questões adaptadas para a população brasileira³⁰. Essas questões são agrupadas em 6 domínios distintos (Apêndice V) sendo eles: 1) Clima de trabalho em equipe; 2) Satisfação do trabalho; 3) Percepção da gerência da unidade; 4) Percepção da gerência do hospital; 5) Condições de trabalho e; 6) Percepção do estresse, o tempo necessário para o preenchimento é de aproximadamente 15 minutos. Para cada pergunta admite-se como resposta uma variação de concordância conforme uma escala likert, entre o discordo totalmente (A), Discorda parcialmente (B), neutro (C), concordo parcialmente (D) e o concordo totalmente (E), temos ainda como resposta a opção “não se aplica”. Outra parte do questionário envolve a descrição dos dados profissionais de quem está respondendo o mesmo de forma anônima. As perguntas reversas foram sinalizadas^{31,44}.

Além do mais, para os resultados achados descreverem um clima positivo de segurança é preciso que o *score* final seja acima de 75 pontos, pois o resultado final varia de 0 a 100, onde o 0 é visto como o pior resultado para o cenário e o 100 como a melhor percepção. A equivalência da pontuação é feita da seguinte forma: Discordo totalmente: 0 pontos; discordo parcialmente: 25 pontos; neutro: 50 pontos; concordo parcialmente: 75 pontos e; concordo totalmente: 100 pontos. Logo em seguida é realizada a transcrição das questões reversas e em seguida o agrupamento por domínio. O cálculo será realizado somando as pontuações de cada resposta e dividindo pela quantidade de itens daquele domínio.

Quanto a sua aplicabilidade, é possível que seja destinado a qualquer área de interesse necessitando apenas de adaptar a unidade alvo no canto superior direito. Outros estudos que aplicaram em diferentes realidades culturais demonstraram alta confiabilidade pelo alfa de Cronbach^{30,43,44}.

5.6. Variáveis do estudo

Cultura de segurança do paciente: medida pelo *score* final do HSOPSC, onde após a reversão dos itens sinalizados como reversos é feita a contagem dos itens respondidos de forma positiva (Concordo e concordo totalmente) dividido pela quantidade de respostas, esse cálculo é feito para avaliar o questionário em geral e cada domínio de forma individual. A pontuação é interpretada com dois pontos de corte, *score* acima de 75 indica área/domínio fortalecido quanto a segurança do paciente, entretanto pontuações iguais ou abaixo de 50 demonstram fragilidade e risco para a segurança do paciente.

Clima de segurança do paciente: mensurado pelo *score* da aplicação do SAQ, esse instrumento apresenta respostas em escala de concordância convertidas para valores numéricos.

De modo que, discordo totalmente atribui-se nota 0, discordo parcialmente nota 25, neutro nota 50, concordo parcialmente nota 75 e concordo totalmente com nota 100. Semelhante ao método descrito anteriormente a pontuação total é 100, sendo o ponto de corte positivo acima de 75 e quando igual ou abaixo de 50 representa uma fragilidade em relação a segurança do paciente.

Idade: expressa em anos

Sexo: masculino e feminino

Turno: diurno ou noturno

Tempo de formação: preenchimento no questionário em anos, mas agrupado em faixas correspondentes: 1) menor que um ano; 2) 1 a 5 anos; 3) 6 a 10 anos; 4) 11 a 15 anos; 5) 16 a 20 anos e; 6) acima de 20 anos

Tempo de trabalho na instituição: preenchimento no questionário em anos, mas agrupado em faixas correspondentes: 1) menor que um ano; 2) 1 a 5 anos; 3) 6 a 10 anos; 4) 11 a 15 anos; 5) 16 a 20 anos e; 6) acima de 20 anos

Unidade assistencial: Internação; UTI – Adulto; Centro cirúrgico; Pronto socorro; UTI – Neonatal; Radiologia; Maternidade

Carga horaria semanal: Regime de escala, dia sim outro não (12x36h) e horário comercial (segunda a sexta, 8h diárias)

Carga horaria diária: quantas horas de trabalho no dia da entrevista, 12h, 24h ou 8h

Quantidade de vínculos profissionais: resposta em número, mas agrupada em 1) = 01; 2) = 2 e; 3) mais de 2

Formação acadêmica: preenchimento com opção de resposta entre enfermeiro e técnico de enfermagem.

5.7. Análise de dados

Diante do que foi citado, a análise partiu dos 313 questionários finais, dos mesmos todos foram devidamente preenchidos. Os questionários foram recolhidos e transcritos para planilhas em Excel[®] para posterior análise estatística por meio do SPSS[®] versão 25.0. Primeiramente foram calculados os alfa de Cronbach para os dois instrumentos individuais e em seguida para cada domínio/dimensão. Durante distribuição dos dados identificou os dois perfis de normalidade para isso foram usadas médias e medianas como medidas de tendência central conforme a distribuição dos dados.

A análise dos questionários é semelhante quanto ao ponto de corte, porém os métodos de conversão e cálculo são diferenciados. Uma vez invertidas as perguntas reversas e agrupadas nos respectivos domínios (Apêndice V), para realizar a análise do SAQ as respostas são

convertidas em valores numéricos, somadas e então realiza-se a divisão pelo número de respostas validas, seja para a dimensão ou para o instrumento em geral. Dessa forma, de maneira hipotética, se tivermos como resposta: discordo totalmente, concordo parcialmente, neutro, discordo totalmente, concordo totalmente e concordo parcialmente, são representados respectivamente por: $(0 + 75 + 50 + 0 + 100)/5 = 45$. Nesse exemplo teríamos que o domínio atingiu 45 pontos, abaixo do corte de fragilidade.

Como forma de análise e com base em estudos que utilizaram o mesmo instrumento, foram distribuídas as questões sem domínio próprio em outros domínios que apresentam semântica em seu cunho, pois as perguntas isoladas não seriam reflexo da percepção do clima de segurança, uma vez que demonstram objetivos divergentes. Logo, a questão 14 foi incorporada ao domínio “percepção da gerencia do hospital”, as questões 33, 34 e 35 foram acrescentadas ao primeiro domínio “clima de trabalho em equipe” e a questão 36 inserida no segundo “clima de segurança”³¹.

Para o HSOPSC primeiramente são feitas as inversões das perguntas reversas e posterior agrupamento nas respectivas dimensões (Apêndice IV). Feito isso o cálculo é realizado utilizando a fórmula a seguir:

% de itens positivos - HSOPSCS:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de repostas positivas da dimensão analisada}}{\text{N}^{\circ} \text{ de respostas válidas (positivas, neutras e negativas) da dimensão analisada}} \times 100$$

Para os dados com distribuição não paramétrica foi utilizado como medida de tendência central, mediana e a correlação entre os grupos foi investigada usando o teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes e teste de Friedman para amostras relacionadas, para as dimensões/domínios que se mostraram significantes foi realizado o pós teste de dunn. O nível de significância para todos os testes foi determinado em 5%. Para investigar possível correlação entre os dois questionários de forma geral realizou-se o teste de correlação de spearman. Para avaliar a confiabilidade interna dos construtos aplicou-se o teste de alfa de Cronbach.

5.8. Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida ao comitê de ética em pesquisa do Instituto Santa Marta de Ensino e Pesquisa em abril de 2018 vinculado a plataforma Brasil – CAAE: 84424218.6.0000.8101 Parecer: 2.638.845 (Anexo III) e encaminhada carta de autorização para o responsável técnico do hospital pretendido (Anexo IV). Após o aceite de ambas as partes foi

iniciada a etapa de coleta onde foi feito o convite para participar da pesquisa e entregue o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias (Apêndice I).

6. RESULTADOS

6.1. Aspectos demográficos

Após a compilação dos questionários e transcrição para o banco de dados foi reunida uma amostra final de 313 profissionais de enfermagem no qual predominou o sexo feminino (n=254; 81,2%) conforme descrito na tabela 1, (Tabela 1) com a amostra apresentando uma idade variando de 18 a 57 com média de 33 anos (DP±7 anos).

Quanto ao turno de trabalho aproximadamente dois terços (n=202; 64,5%) da amostra trabalha no período diurno entre sete da manhã a sete da noite, enquanto 111 (35,5%) profissionais desempenham suas atividades no plantão noturno. O hospital apresenta um corpo de enfermagem que em maioria apresenta de um a cinco anos (n=133; 42,5%) de formação. Enquanto para o tempo de trabalho na instituição, obtemos uma concentração de 80,2% (n=251) de profissionais que trabalham de um a cinco anos. Trabalham 52 (16,6%) colaboradores de seis a 10 anos, seguido por seis (1,9%) indivíduos com 11 a 15 anos de casa, porém apenas um (0,3%) profissional trabalha acima de 20 anos.

O hospital demonstrou um padrão de distribuição de participantes com a maior concentração entre as unidades de internação abertas com aproximadamente um terço da amostra (n=109; 34,8%), seguido da UTI Adulto com 22,7% (n=71). O centro cirúrgico teve a participação de 14,4% (n=45) seguido pelo pronto socorro (n=29; 9,3%). As unidades de UTI Neonatal e maternidade tiveram juntas 16,3% (n=51), porém a radiologia representou apenas 2,6% (n=8) da amostra.

A carga horária expressa pelos dados demonstra que 99% (n=310) apresentam regime de escala 12 x 36h, porém três profissionais que desempenham funções de apoio a assistência relataram trabalhar de segunda a sexta oito horas por dia. Dessa mesma forma temos uma distribuição de 96,8% (n=303) de profissionais que no dia da pesquisa apresentaram uma carga horária de 12h.

A quantidade de empregos assumiu a predominância de apenas um emprego, ou seja, 251 (80,2%) profissionais relataram que trabalham apenas no hospital alvo da pesquisa, ao passo que 58 (18,5%) afirmaram possuir dupla jornada trabalho e apenas 4 (1,3%) apresentam mais de dois empregos. A última variável que caracteriza a amostra diz quando a formação acadêmica que representa 26,2% (n=82) de enfermeiros com graduação completa ao passo que os demais declararam ser técnicos de enfermagem (n=231; 73,8%).

Tabela 1 – Caracterização demográfica dos profissionais de enfermagem de um hospital privado. Distrito Federal, 2018

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	59	18,8
	Feminino	254	81,2
Turno	Dia	202	64,5
	Noite	111	35,5
Tempo de formação	Menor de 1 ano	6	1,9
	1 a 5 anos	133	42,5
	6 a 10 anos	128	40,9
	11 a 15 anos	27	8,6
	16 a 20 anos	14	4,5
	Acima de 20 anos	5	1,6
Tempo de trabalho da instituição	Menor de 1 ano	68	21,7
	1 a 5 anos	183	58,5
	6 a 10 anos	52	16,6
	11 a 15 anos	6	1,9
	16 a 20 anos	3	1,0
	Acima de 20 anos	1	0,3
Unidade assistencial	Internação	109	34,8
	UTI Adulto	71	22,7
	Centro cirúrgico	45	14,4
	Pronto Socorro	29	9,3
	UTI Neonatal	30	9,6
	Radiologia	8	2,6
	Maternidade	21	6,7
Carga horaria semanal	12X36h	310	99,0
	44h	3	1,0
Carga horaria diária	12h	303	96,8
	24h	1	0,3
	8h	9	2,9
Vínculos profissionais	Um emprego	251	80,2
	Dois empregos	58	18,5
	Mais de dois empregos	4	1,3
Formação acadêmica	Enfermeiro	82	26,2
	Técnico de enfermagem	231	73,8

Fonte: Autoria própria

6.2. Análise do instrumento agrupada por domínios: visão geral da cultura de segurança do paciente - HSOPSC

O método de avaliação de cultura de segurança, utilizando o HSOPSC, demonstrou confiabilidade elevada pelo teste de alfa de Cronbach (0,862) considerando o questionário como um todo, entretanto ao avaliar os domínios individuais identificou-se que os domínios: “Trabalho em equipe dentro das unidades” e “Frequência de notificação de eventos” foram os únicos que apresentaram valores de alfa acima de 0,70, o que indicou a confiabilidade das respostas conforme a tabela 2

As questões referentes a nota da segurança do paciente e volume de notificações realizadas nos últimos 12 meses não pertencem a um domínio específico, porém foram analisadas conforme a prevalência de respostas. Não foi possível calcular alfa de cronbach, pois as perguntas apresentam itens individuais, impossibilitando o cálculo de variância.

Tabela 2 – Valores de alfa de Cronbach para o instrumento HSOPSC, global e por dimensão. Distrito Federal, 2018

Confiabilidade – HSOPSC	Alfa
Global	0,862
Trabalho em equipe dentro das unidades	0,710
Ações e expectativas sobre seu supervisor e ações promotoras da segurança do paciente	0,632
Aprendizado organizacional	0,596
Apoio da gestão para segurança do paciente	0,611
Percepção geral da segurança do paciente	0,212
Retorno da informação e comunicação sobre erro	0,640
Abertura da comunicação	0,266
Frequência de notificação de eventos	0,892
Trabalho em equipe entre as unidades	0,497
Adequação de profissionais	0,103
Passagem de plantão ou transferências	0,635
Resposta não punitiva aos erros	0,536

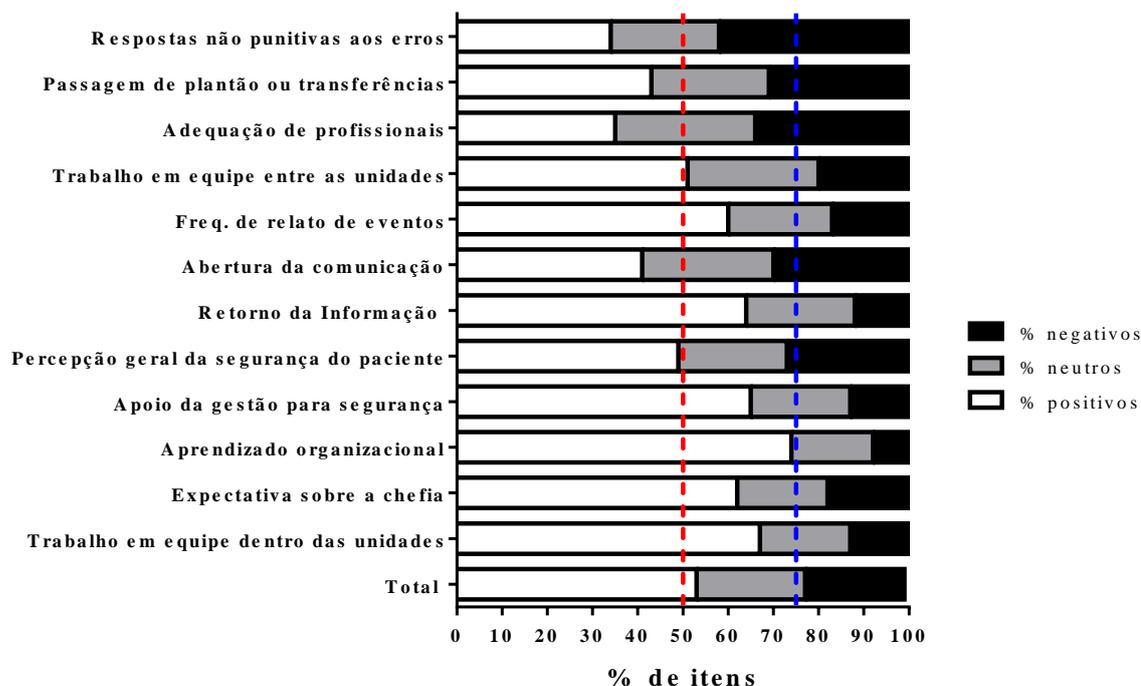
Fonte: Autoria própria

Quanto a pontuação final indicativa de positividade ou fragilidade, o instrumento em geral demonstrou um percentual de 53% de respostas positivas, sem demonstrar grau de fragilidade ou fortalecimento para segurança do paciente. O domínio que apresentou maior percentual de respostas positivas foi o “aprendizado organizacional” com 74%, porém não atingiu o ponto de corte para caracterizar área forte para segurança do paciente, como pode ser visto no gráfico 1.

Dos doze domínios, quatro apresentaram pontuação positiva abaixo de 50%, sendo eles: “Passagem de plantão ou transferências” (43%); “Adequação de profissionais” (35%); “Abertura de comunicação” (41%) e; “Percepção da segurança do paciente” (49%) respectivas áreas como frágeis. Cabe salientar que o domínio com a menor pontuação está relacionado com a resposta punitiva aos erros com apenas 22% de respostas positivas

Mais da metade dos domínios ficaram na margem de neutros “Trabalho em equipe entre as unidades” (51%); “Frequência de relato de eventos” (60%); “Retorno da informação” (64%); “Apoio da gestão para segurança do paciente” (65%); “Expectativa sobre a chefia” (62%) e; “Trabalho em equipe dentro das unidades” (67%).

Gráfico 1 – Percentuais de respostas positivas dos profissionais de enfermagem, por dimensão conforme o instrumento HSOPSC, em um hospital privado. Distrito Federal, 2018



Fonte: Autoria própria

Como demonstrado no gráfico 1 nenhuma dimensão atingiu a pontuação para caracterizar força para cultura de segurança do paciente. Os dados apresentaram distribuição não paramétrica indicando a interpretação utilizando medianas como medida de tendência central. O instrumento como um todo apresentou uma parte das respostas como frágeis para a cultura de segurança, porém metade de toda amostra ficou caracterizada na faixa de neutralidade.

Embora tenhamos as dimensões “Trabalho em equipe dentro da unidade”; “expectativas sobre a chefia”; “aprendizado organizacional”; “apoio da gestão para segurança”; “retorno da informação” e; “frequência de relato de eventos” apresentando percentis 75% elevados com valores de 100%, demonstrando que parte da amostra apresenta boa percepção de cultura.

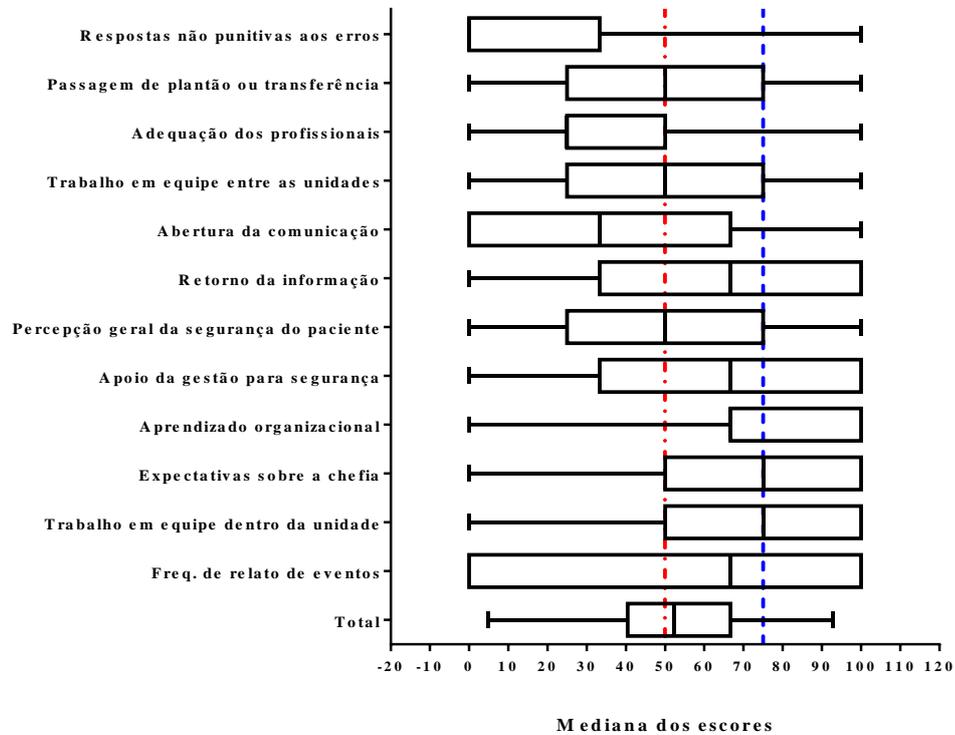
Da mesma forma as dimensões “abertura de comunicação”, “frequência de relato de eventos” e “respostas não punitivas aos erros” apresentaram concentrações de discordância total mais baixas do estudo, representadas no percentil 25% mostrando que as respectivas áreas são frágeis para cultura de segurança do paciente.

No gráfico 2 podemos identificar que algumas dimensões posicionam a mediana próxima do primeiro quartil indicando uma assimetria positiva, com exceção do domínio “frequência de relato de eventos” que posiciona a mediana deslocada para a direita mostrando assimetria negativa dos dados.

A dimensão “Frequência de relato de eventos” chama atenção quanto a distribuição dos dados onde os valores obtidos estendem a caixa do *boxplot* entre os limites inferior e superior indicando elevada variação nas respostas para os itens desta.

Todas as dimensões apresentam os limites inferiores e superiores com respostas negativas e positivas, onde as hastes dos gráficos atingem os limites do eixo horizontal, indicando que a percepção de cultura está representada com porcentagens de 0 a 100%

Grafico 2 – Distribuição da mediana de respostas positivas dos profissionais de enfermagem, por dimensão conforme o instrumento HSOPSC, em um hospital privado. Distrito Federal, 2018

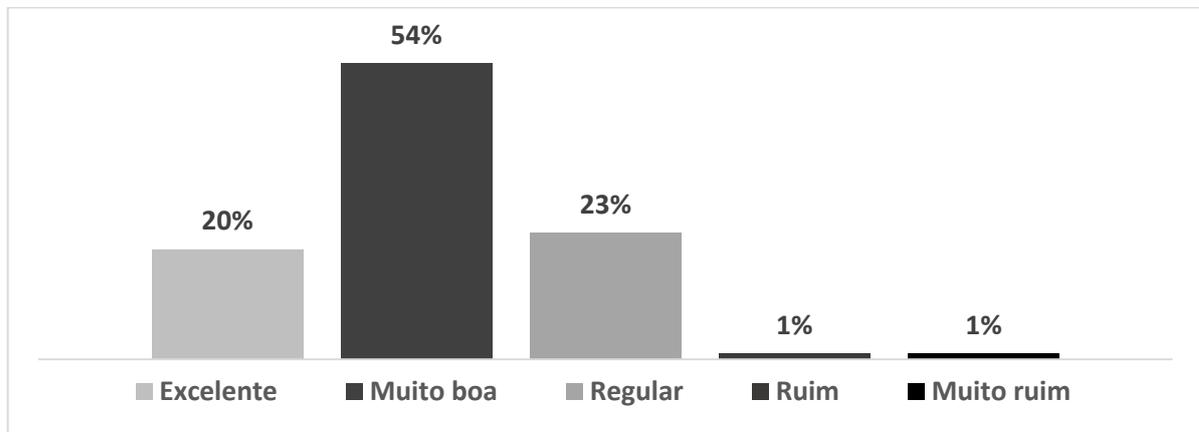


Fonte: Autoria própria

Para as duas questões que não apresentam escala likert como resposta representamos seus resultados em gráficos de coluna, mostrando a prevalência da nota dada a segurança do paciente e para o volume de notificações realizadas pelos profissionais de enfermagem nos últimos dozes meses antes da pesquisa.

No gráfico 3 nota-se a distribuição da nota da segurança do paciente em que 54% dos profissionais avaliaram como muito boa, porém 2% da amostra (6) pontuou como ruim ou muito ruim. Apesar de nenhum domínio ter apresentado respostas positivas acima de 75% e dentre eles 5 serem sinalizados como frágeis, os profissionais avaliaram o setor segurança do paciente com uma nota positiva, somando as visões “excelente” e “muito boa” temos 74% de pontuação final.

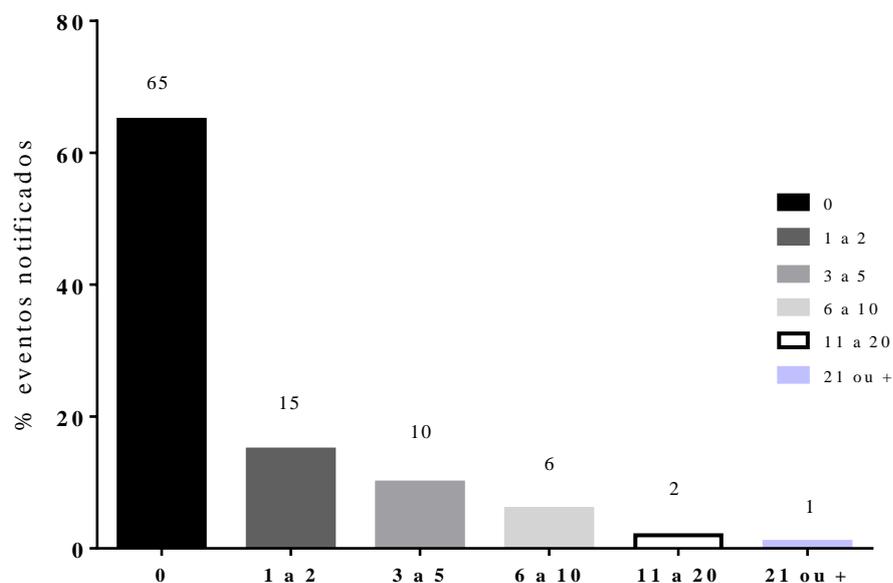
Gráfico 3 – Porcentagem de respostas para a nota da segurança do paciente pela percepção dos profissionais de enfermagem, em um hospital privado. Distrito Federal, 2018



Fonte: Autorial própria

A prevalência de notificações realizadas nos últimos 12 meses demonstrou que 65% dos profissionais afirmam não ter realizado nenhuma notificação de evento, ao passo que 15% realizou de 1 a 2 notificações; 10% de 3 a 5 em todo o período; 6% diz ter realizado 6 a dez notificações; 2% deles relata ter feito entre 11 e 20 notificações; e apenas 1% de toda amostra afirma ter feito mais de 21 notificações no ano, vale lembrar que não houveram respostas em branco para esta pergunta (Gráfico 4)

Gráfico 4 – Volume de ocorrências notificadas nos últimos 12 meses pelos profissionais de enfermagem. Distrito Federal, 2018



Fonte: Autorial própria

6.2.1. Análise do instrumento HSOPSC versus dados demográficos de caracterização profissional

Conforme descrito na visão geral nenhuma dimensão apresentou força para cultura de segurança do paciente. O questionário como um todo apresentou significância estatística ao correlacionar as dimensões entre si ($p < 0,001$). Porém não houve associação entre as variáveis demográficas com todo o instrumento, embora algumas diferenças tenham sido percebidas com dimensões isoladas (Apêndice VIII). O menor *score* foi encontrado para os profissionais que se formaram a menos de um ano e que trabalham de um a cinco anos na instituição. Os setores de internação, UTI adulto, centro cirúrgico, e maternidade apresentaram perfil de fragilidade para a segurança do paciente, vale ressaltar que os demais ficaram na faixa de neutralidade.

A primeira dimensão representa o trabalho em equipe dentro das unidades, este não foi caracterizado como forte, mas apresentou pontuação elevada (67% de respostas positivas). Apresentando significância estatística entre as unidades assistenciais ($p < 0,001$) onde todas pontuaram acima de 75, com exceção da UTI-Adulto, pois foi classificada como frágil. Entretanto ao elucidar a dimensão nove que traz o trabalho em equipe entre as unidades, encontramos diferença estatística ($p = 0,050$) para a quantidade de empregos, onde quem apresenta dois vínculos teve a menor pontuação do grupo (37,50).

Relacionada a expectativa sobre a chefia (dimensão 2) identificamos diferença estatística quando comparada a formação acadêmica ($p = 0,027$). Os enfermeiros demonstraram maior expectativa com mediana favorável para a cultura de segurança do paciente. Ainda quanto a formação profissional, para a dimensão 5 “Percepção geral da segurança do paciente”, ambas as categorias demonstraram fragilidade.

Avaliando em conjunto a comunicação, temos as dimensões “Retorno da informação”, “Abertura da comunicação” e “Passagem de plantão ou transferências”. Quanto a passagem de plantão não houve significância entre as variáveis, porém quando comparadas as unidades assistenciais para a outras duas dimensões percebe-se que o retorno da informação ($p = 0,001$) classificou o Pronto socorro com a menor pontuação (33,33) ao contrário da radiologia que foi o único setor nesta dimensão a apresentar *score* de força (100,00). A abertura da comunicação ($p = 0,039$) identificou que todas as áreas com exceção da radiologia, são frágeis (33,33), porém ainda assim a radiologia foi caracterizada como neutra (66,67).

A frequência de relato de eventos apresentou diferença estatística relacionada ao tempo de trabalho na instituição ($p = 0,015$). As pontuações obtidas mostram que os que trabalham há menos tempo na instituição pontuam melhor do que os que estão há mais de 20 anos

trabalhando. A última dimensão relaciona as respostas não punitivas frente ao erros ocorridos, onde apresentou as piores pontuações entre todo o instrumento, a maior mediana foi de 33,33, conforme identificado no gráfico 2, configurando toda dimensão como frágil para a cultura de segurança do paciente. Além disso identificou-se significância estatística ($p=0,023$) quando analisado a quantidade de empregos.

6.3. Análise do instrumento agrupada por dimensões: visão geral do clima de segurança do paciente - SAQ

Após a inversão das questões reversas foi calculado o indicador psicométrico para cada domínio bem como para o instrumento geral, onde podemos identificar na tabela 3 que o instrumento como um todo apresentou um alfa de cronbach favorável (0,908), indicando boa confiabilidade no preenchimento do mesmo. Ao comparar com o instrumento anterior a proporção de grupos com alfa favoráveis foi maior, com seis domínios apresentando alfa superior ao ponto de corte: “Clima de segurança do paciente” (0,780); “Satisfação no trabalho” (0,830); “Percepção do estresse” (0,785); “Percepção da gerência da unidade” (0,779); “Percepção da gerência do hospital” (0,767) e; “Condição do trabalho” (0,711).

Tabela 3 – Valores de alfa de Cronbach para o instrumento SAQ, global e por domínio. Distrito Federal, 2018

Confiabilidade - SAQ	Alfa
Global	0,902
Clima de trabalho em equipe	0,780
Clima de segurança	0,592
Satisfação no trabalho	0,830
Percepção do estresse	0,785
Percepção da gerência da unidade	0,779
Percepção da gerência do hospital	0,767
Condição de trabalho	0,711

Fonte: Autoria própria

A distribuição dos dados assumiu um padrão não paramétrico, exigindo uma interpretação por meio de medianas, dessa forma o questionário geral não alcançou mais de 75 pontos (Mediana = 66) conforme representado no gráfico 5 no qual o intervalo interquartilico

se distribui entre as duas faixas de corte assumindo padrão de neutralidade para o clima de segurança do paciente. Houve diferença estatística entre os domínios com valor de $p < 0,001$.

Apenas um domínio ultrapassou 75 pontos, na mediana (80,0) o domínio “Satisfação no trabalho”, ou seja, metade de toda amostra demonstra uma percepção positiva, ao estender a análise para o percentil 75 do mesmo domínio, avaliamos que 75% da amostra apresenta uma satisfação plena. Nenhum outro domínio apresentou mediana que demonstrasse força para o clima de segurança do paciente, porém alguns domínios apresentaram distribuição de percentil 75 acima da pontuação de corte.

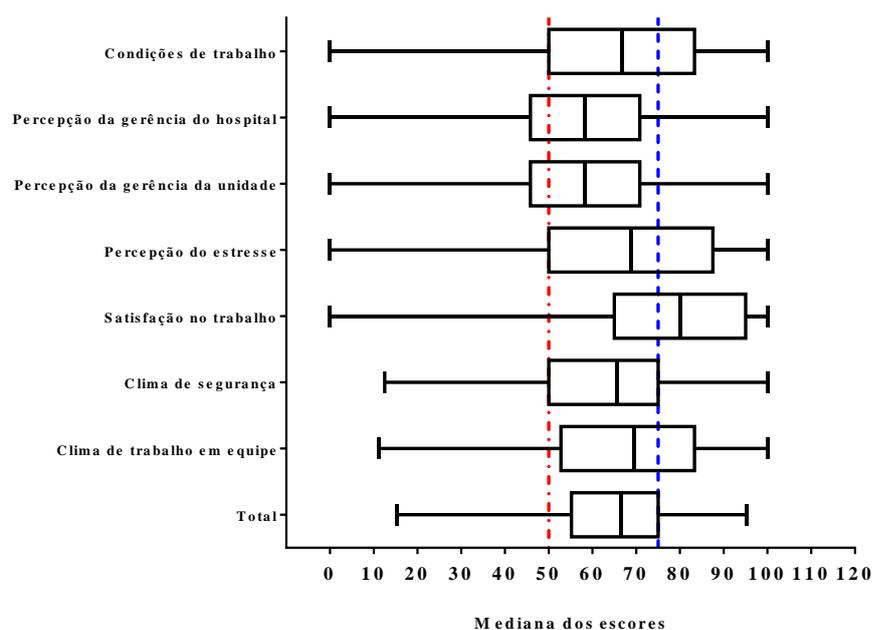
A representação da assimetria dos dados é particular para os domínios “Clima de segurança” e para o questionário em geral, trazendo a linha da mediana (66,0) para próximo do terceiro quartil, indicando assimetria negativa.

Os domínios “Percepção da gerencia da unidade” e “Percepção da gerencia do hospital” apresentaram as mesmas medianas mais baixas (58,3), mesmo não representando área de fragilidade, chamam atenção, pois foram os únicos a possuírem 25% da amostra com percepção de fragilidade para o clima de segurança do paciente.

Os limites inferiores dos domínios “condições de trabalho”, “Percepção da gerência da unidade e do hospital”, “Percepção do estresse” e “Satisfação do trabalho” demonstram que alguns indivíduos apresentaram pontuações baixas para os respectivos domínios, porém a maior concentração é representada acima do ponto de fragilidade.

Uma informação interessante que podemos extrair do gráfico 5 é a representação do total, onde o limite superior do *boxplot* não atinge a pontuação máxima, indicando que nenhum indivíduo tem a percepção de força para o clima de segurança do paciente em todos os domínios.

Gráfico 5 – Distribuição da mediana de respostas positivas dos profissionais de enfermagem, por domínio conforme o instrumento SAQ. Distrito Federal, 2018



Fonte: Autoria própria

6.3.1. Análise do instrumento SAQ versus dados demográficos de caracterização profissional

Ao avaliar o questionário de modo geral por características demográficas (Apêndice IX) identificou-se que houve significância estatística entre as unidades assistenciais ($p < 0,030$), com ênfase para a comparação entre a UTI e internação que apresentam diferença estatística ($p < 0,027$) embora nenhuma tenha apresentado percepção de clima de segurança com pontuação acima do corte favorável, da mesma forma não identificou-se pontuação que indique fragilidade. Outra variável que apresentou diferença estatística foi a carga horária semanal ($p < 0,010$) com o grupo que desempenha 44 horas de trabalho durante a semana apresentando pontuação que indica força para o clima de segurança do paciente. Não foram identificadas associações positivas entre a idade e o instrumento de forma geral.

Houve significância estatística no domínio 1 – Clima de trabalho em equipe, quando comparado o tempo de formação ($p < 0,024$) em que o único grupo que demonstrou fragilidade foi o que trabalha há mais de 20 anos na instituição, as demais faixas permaneceram na faixa de neutralidade, mesmo havendo diferenças estatísticas entre quem apresenta mais de 20 anos de formação ($p < 0,019$) quando comparado com quem possui de 6 a 10 anos de formado. As unidades assistenciais demonstraram diferença estatística entre si ($p < 0,006$), com pontuações positivas para os setores de internação, radiologia e maternidade, nenhum setor apresentou

fragilidade para o domínio. Nesse grupo vale ressaltar que foi encontrada diferença estatística para as unidades de UTI, Centro cirúrgico e Pronto socorro quando comparado as demais. Embora a porcentagem que acompanha a carga horária de 44 horas semanais seja pequena foi encontrada significância estatística ($p < 0,020$).

O segundo domínio está relacionado ao clima de segurança que foi estatisticamente significante para as unidades assistenciais ($p < 0,006$) onde a radiologia apresentou a maior mediana (84,3) e a única demonstrando força positiva com diferença estatística para os demais setores. E novamente os profissionais que desempenham carga horaria semanal de 44 horas tiveram diferença estatística ($p < 0,014$) quando comparado aos que desempenham regime de escala.

Conforme descrito na visão geral o único domínio que representou força para a percepção de clima de segurança do paciente foi o domínio 3 – Satisfação no trabalho. Para este houveram diferenças estatísticas entre as unidades assistências ($p < 0,022$) que por exceção da UTI, todas demonstram pontuações individuais acima de 75 com significância estatística. A carga horaria semanal apresentou diferença ($p < 0,017$), porém ambos os grupos alcançaram pontuação favorável.

A percepção do estresse apresentou diferença estatística apenas para uma variável profissional ($p < 0,049$) para a formação acadêmica foi identificado que os enfermeiros apresentam maior pontuação para o estresse quando comparado com os técnicos de enfermagem.

Quando analisado a percepção para a gerencia da unidade de forma isolada, não houve diferença entre os setores, mesmo nenhum pontuando acima de 75, da mesma forma ao analisar a gerencia do hospital como um todo não foi encontrada nenhuma diferença estatística entre as variáveis. Porém a formação acadêmica demonstrou diferença estatística ($p < 0,017$).

Por fim, para as condições observadas no trabalho referentes ao sexto domínio, foram encontradas significâncias para as unidades assistenciais ($p < 0,047$) onde apenas o setor de internação apresenta mediana de 75 pontos, mesmo essa diferença sendo significante ($p < 0,002$) ao ser analisada com a UTI que apresentou a pontuação mais baixa dentre as unidades assistenciais. Quem desempenha carga horaria semanal de 44 horas também representa pontuação positiva com diferença estatística ($p < 0,033$).

7. DISCUSSÃO

7.1. Contextualização das informações demográficas.

Este estudo aplicou de forma concomitante os dois instrumentos escolhidos para os profissionais de enfermagem de um hospital de alta complexidade, diferente de outros estudos foram abordadas todas os setores assistenciais ao invés da abordagem setorial, considerando que a segurança do paciente deve ser internalizada de forma global entre os profissionais.

Quanto a primeira impressão expressa pelos profissionais ao receberem o convite para participar da pesquisa houve maior afinidade com o HSOPSC devido ao layout agradável com menos informação, diferente de alguns estudos que identificaram maior afinidade com a estrutura visual do SAQ³¹.

Pesquisas sobre a percepção das equipes assistenciais sobre a cultura e clima de segurança do paciente vem crescendo nos últimos anos, seja por exigências de níveis de qualidade ou por investimento interno das instituições na melhoria de processos e relacionamentos de trabalho para, de forma indireta, reduzir a ocorrência de eventos adversos.

Os resultados encontrados no presente estudo descrevem uma amostra predominantemente do sexo feminino, o que não difere das demais literaturas onde apresentam concentração semelhante. Esse fato pode ser associado também ao público alvo, pois na área da saúde temos a prevalência de funcionários do sexo feminino, conforme visto nos cenários de atuação⁴⁶⁻⁴⁸. A idade média encontrada, de 33 anos (DP±7 anos) demonstra uma equipe relativamente mais jovem, porém o resultado é visto de forma similar em outras regiões do país com metodologia semelhante⁴⁹⁻⁵¹.

O tempo de formação dos profissionais tem a maior porcentagem para o grupo de 1 a 5 anos, indicando que os colaboradores têm pouco tempo de formação, isso por sua vez pode ser interpretado de duas formas. O profissional recém-formado tem um ponto favorável quanto a atualização de conhecimento e facilidade para se adaptar com novas tecnologias, porém essa formação precoce impacta muitas vezes, na experiência escassa para desempenhar funções assistenciais de alta complexidade ou no convívio social com a equipe e paciente. Essa característica pode se relacionar com a dificuldade da equipe apresentar confiança no colaborador diminuindo o poder de decisão, e no caso do enfermeiro inibindo o papel de liderança que o mesmo deve desempenhar durante a jornada assistencial^{50,52}.

O tempo de trabalho na instituição é uma variável que apresenta múltiplas influencias, neste estudo foi caracterizada uma população que em sua maioria é recente no hospital, se

considerarmos que de seis meses a cinco anos na instituição equivalem a 80,2% de todos os participantes representa uma rotatividade significativa nas equipes. Essa por sua vez tem inúmeros fatores associados como a baixa remuneração, satisfação e reconhecimento, porém fora o impacto financeiro para a instituição é necessário mencionar a consequência para a qualidade no cuidado desempenhado para o paciente^{53,54}.

O funcionário é submetido a um processo longo de integração, políticas de treinamento, aprendizado da rotina e entrosamento com a equipe que precisa passar segurança de trabalho em equipe durante ações frente aos pacientes⁵⁵. A alta rotatividade gera quebra de confiança entre os membros da equipe a nível tático e operacional, além de resultar em mudanças negativas nos indicadores de satisfação com o cuidado desempenhado para os pacientes^{54,56,57}. A elevada rotatividade está relacionada com maiores taxas para os técnicos de enfermagem, vale ressaltar que dentro de um hospital eles são maioria e estão em constante atualização educacional e buscando melhora profissional^{53,54}.

Os resultados relacionados a concentração de funcionários por setor não encontraram diferenças de outros estudos, pois segue a distribuição conforme o perfil da instituição. O presente hospital tem foco em alta complexidade, com 54 leitos de UTI que representaram 22,7% de toda a amostra, volume semelhante aos profissionais das unidades de internação^{54,58}. Não foram estabelecidos valores mínimos de participação para cada setor envolvido, mas devido as respectivas concentrações os resultados demonstram distribuição semelhante ao visto na prática.

Embora a carga horária tenha apresentado significância quando analisadas com algumas variáveis específicas, que serão discutidas mais adiante, é importante descrever que o hospital dispõe de funcionários assistenciais que desempenham carga horária de 44 horas semanais, que representaram apenas 1% da amostra, os demais seguem com escala padrão identificada em outros estudos que descrevem o clima organizacional^{54,59}.

Faz-se interessante analisar a rotina da enfermagem, que em sua maioria apresenta regime de escala porém, estudos que avaliam a satisfação do profissional apontam como principal queixa, a questão salarial essa por sua vez tende a estar associada com a busca por remuneração extra que supra as necessidades humanas básicas, este estudo aponta que aproximadamente 20% possui mais de um emprego, porém outros estudos associaram esses vínculos ao nível de estresse e sobrecarga e a possibilidade de ocorrência de erros essa correlação entre os resultados demográficos e os instrumentos, será descrita no decorrer da apresentação das análises deste trabalho^{49,51,53,60}.

7.2. Percepção de cultura de segurança do paciente – HSOPSC

Descrever percepção de cultura vem ganhando notoriedade em publicações científicas, porém quando descrevemos cultura de segurança do paciente temos uma transição no processo de contextualização. A cultura de segurança do paciente muitas vezes é analisada como clima de segurança ou vice-versa. Muitos estudos descrevem objetivos de avaliar a cultura de segurança do paciente, por meio de instrumentos inadequados. Essa descrição deve refletir os conceitos conforme as descrições nesta pesquisa.

A escolha do instrumento adequado embasa a veracidade dos resultados, para avaliar a cultura utilizamos o HSOPSC, que após o preenchimento obteve um alfa de Cronbach de 0,862, indicando respostas fidedignas, semelhante ao estudo de validação para o Brasil⁴. Os padrões dos resultados encontrados para o teste citado são semelhantes em outros estudos que avaliaram três hospitais de ensino, poucas dimensões isoladas apresentaram alta confiabilidade, porém o instrumento em geral apresenta alfa elevado⁶¹.

A cultura de segurança do paciente é um elemento fundamental para a detecção precoce de falhas, pois permite atuação precoce diante de áreas frágeis. Porém é preciso lembrar que a mesma precisa estar inserida no cenário profissional, além do processo descrito em documentos. O conceito descreve a internalização do cuidado seguro por todos os profissionais, colocando o bem-estar do paciente acima de qualquer outra prioridade, garantindo a oportunidade de aprender com as falhas^{34,62}.

Dessa forma o presente estudo, não identificou cultura de segurança do paciente que expressasse o esperado de um cuidado seguro. Outros estudos realizados no Brasil, também caracterizaram que ainda é preciso muito desenvolvimento deste conceito pelos profissionais⁶³⁻⁶⁵. Estudos que avaliaram a cultura em diferentes hospitais do Nordeste obtiveram resultados semelhantes, um hospital público no Ceará, apresentou o mesmo padrão de fragilidade para todas as dimensões⁶². Alguns exemplos internacionais como a Espanha e Suécia trazem a mesma visão de fragilidade para o tema^{66,67}.

Um ponto positivo ao detectar ausência de força pra cultura de segurança do paciente, está relacionado a sinceridade dos participantes em responder de forma apropriada aos questionamentos propostos. Alguns estudos que avaliam a veracidade das informações associam a possibilidade de inibição ao responder o instrumento devido à instabilidade profissional existente em uma instituição privada⁶².

Pesquisas avaliando a cultura de segurança na China e Taiwan, identificaram que as dimensões tidas nesta pesquisa como frágeis, se comportaram da forma oposta. A percepção da

abordagem punitiva frente a ocorrência de um erro foi, considerada área de força no Oriente, além do trabalho de equipe, adequação pessoal e comunicação em geral. Esse cenário nos remete a uma reflexão de como a cultura de segurança do paciente pode ser influenciada pelo local onde é inserida^{68,69}.

As três dimensões que apresentaram as melhores pontuações, mesmo não atingindo o ponto de corte positivo, foram “Aprendizado organizacional”, “Apoio da gestão para segurança” seguida por “Expectativa sobre a chefia”. Isso nos remete a participação da gestão nas ações relacionadas ao tema, mas demonstra incipiência quanto a efetividade das mesmas.

Sabemos que a implantação de cultura organizacional está relacionada diretamente com a definição do modelo de gestão. Um estudo que avalia a cultura comparando a gestão pública e privada demonstra que tanto a instituição privada quanto a estadual não atingem a porcentagem para classificar força, embora o hospital privado possua maior concentração de respostas positivas⁶². Algumas pesquisas atribuem essa diferença ao nível de fiscalização presente no hospital privado, além de possuir selo de acreditação²⁹.

O apoio da gestão é peça chave na disseminação de segurança do paciente, uma vez que garante ambiente confortável para a colaboração dos profissionais nos questionamentos quanto a assistência. Mesmo o cuidado sendo multidisciplinar a maior concentração de horas assistenciais é exercida pelos profissionais de enfermagem. O presente estudo traz que a expectativa da chefia tem maior visão pelo enfermeiro, consequência da responsabilidade de coordenar a equipe durante o plantão, além da graduação que o prepara para tal posição.

De modo geral, no presente estudo, os profissionais de enfermagem apresentam elevada percepção de aprendizado, ou seja, estão em constante treinamento e revisão de teoria fornecido pela instituição, mas quando comparado aos outros domínios vemos que enquanto o aprendizado não partir da liderança a operação não apresentará efetividade para melhorar processos por meio de experiências.

Entretanto o mesmo questionário aplicado na Espanha, em uma unidade de emergência, traz 60% das respostas negativas associadas a gestão e trabalho de equipe. Os pontos, condições de trabalho, sobrecarga, jornada de trabalho e pressão da chefia foram levantados como causas para essa percepção⁶⁷.

No presente instrumento, as dimensões que descrevem a gestão, avaliam a participação tanto das lideranças intermediárias quanto da alta administração do hospital, em que podemos comparar os resultados encontrados em uma instituição do Sul do país onde 89,89% dos profissionais, discordam que a diretoria considera a segurança do paciente como prioridade,

bem como não propiciam clima de trabalho favorável para promover segurança do paciente, gerando reação em cadeia na gestão hierárquica^{52,70,71}.

As ações da parte operacional são reflexo de suas chefias diretas, o clima de trabalho desempenhado com as equipes não configura força para segurança do paciente, porém também não se pode atribuir como frágil. Para a incorporação de processos seguros é preciso o empenho e comprometimento da gerência. A percepção de segurança do paciente da alta liderança impacta na forma como os supervisores e gerentes vão encarar situações de estresse, para mitigar as consequências de um evento^{72,73}.

Quando comparamos a realidade brasileira com a Palestina, Espanha, e EUA a concentração de respostas positivas sobre a percepção da chefia se assemelham, pois não demonstram percepção de segurança do paciente, mesmo apresentando pontuações elevadas^{64,69,74}.

Pensando no modelo de causa e consequência, o modelo de gestão repercute a forma como a equipe desempenha seu trabalho. Identificamos que as equipes demonstram boa relação entre os profissionais da própria unidade, porém quando comparamos uma unidade com a outra a pontuação de positividade não é considerada frágil, mas possui baixo *score*^{70,71}.

O trabalho em equipe dentro das unidades traz a UTI-Adulto como setor com a menor percepção de trabalho em equipe interno, essa característica foi particular deste estudo, quando comparado a outras aplicações no Sul e Sudeste^{48,71}. A complexidade de cuidados da UTI exige uma parceria intrínseca aos colaboradores, pois a unidade dispõe da equipe multiprofissional atuando durante todo o plantão. Uma fragilidade quanto a este tópico pode gerar instabilidade e risco assistencial.

As diferentes unidades, adquiriram o mesmo comportamento quanto a percepção de trabalho de equipe de forma geral, todas apresentaram pontuações indicando fragilidade, com exceção da radiologia que representou neutralidade. Realidade que preocupa a continuidade de cuidado quando um paciente necessita de tratamento complementar de outros setores. Outros estudos que descrevem o trabalho de equipe de forma positiva, trazem os benefícios para o cuidado com o paciente, diminuindo a quantidade de eventos adversos e o tempo de internação^{68,69,71}.

O trabalho em equipe entre as unidades está relacionado com a cooperação, entrosamento e coordenação, mas de forma muito importante a relação de comunicação clara entre um setor e outro. Um hospital da Califórnia representa que de todos os eventos notificados, 70% deles possuem como causa raiz a falha na comunicação assim, começamos a ter dimensão deste impacto^{65,75}.

Estudos com abordagem qualitativa analisando o discurso dos profissionais, apontam que por mais que a enfermagem esteja presente na maioria dos processos, o trabalho em equipe multidisciplinar alcança mais resultados, embora os conflitos sejam citados como limitações. A comunicação é essencial na formação da equipe, pois garante interação entre os profissionais auxiliando a tomada de decisão rápida. O relato traz o estabelecimento de confiança, vínculo, respeito e colaboração baseados na sinceridade e clareza entre os membros da equipe, seja por categorias semelhantes ou não^{76,77}.

A comunicação em saúde configura uma área crítica, que é descrita como meta internacional de segurança do paciente pela OMS em 2004⁷⁸. As dimensões que compõe essa análise são de forma geral “Retorno da informação”, “Abertura da comunicação” e “Passagem de plantão ou transferências”.

Em hospitais acreditados com selo de qualidade nacional e/ou internacionais a comunicação é alvo estratégico para o cumprimento dos itens avaliados. A política de comunicação institucional deve ser elaborada pela diretoria em conjunto com os representantes das áreas envolvidas, garantindo execução pela parte operacional.

Analisando as dimensões relacionadas a comunicação, vemos que nenhuma representa força para a cultura de segurança do paciente, podemos identificar informação semelhante nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste^{62,64,71}. Vale ressaltar que essa realidade também se faz presente em hospitais internacionais^{66,67}.

O trabalho em equipe tem como fator relacionado a realização de comunicação efetiva entre os profissionais e entre os profissionais e pacientes²². Essa, por sua vez, garante a continuidade no cuidado entre as passagens de plantão ou transferência, permitindo que toda equipe saiba o que está sendo realizado com o paciente naquele período. Quando analisamos a dimensão “Retorno da informação” temos o Pronto Socorro com a menor mediana entre os setores analisados, indicando uma fragilidade importante, pois ele faz interface com todas as unidades do hospital.

A radiologia foi a única que atingiu o escore máximo de percepção, indicando elevada transparência da liderança com os colaboradores, criando um ambiente favorável. Da mesma forma quando comparamos com a dimensão “Abertura da comunicação”, a radiologia mantém-se em destaque por ser a única a representar força. Essa dimensão exemplifica a relação da operação com a liderança e como os profissionais tem liberdade para questionar condutas relacionadas ao paciente quando não lhes parece adequado.

Uma pesquisa descritiva realizada em Santa Catarina, aplicando o mesmo instrumento, traz a visão da comunicação como negativa, alegando que os eventos ocorridos na unidade são

pouco divulgados e afirma a necessidade de ouvir os profissionais da linha de frente. Corroborando com achados da Arábia Saudita que apresenta 42,9% de respostas positivas para a mesma dimensão^{71,79}.

Para essa comunicação eficaz temos alguns recursos que podem contribuir positivamente como por exemplo, os sistemas de informação são ferramentas que criam respaldo ético e legal, aprimoramento e fortalecimento do cuidado, além de permitir o gerenciamento de indicadores de qualidade da assistência executada ao cliente. Da mesma forma, as dificuldades citadas na literatura, são o acesso aos recursos, como utilizar, treinamentos e legibilidade dos sistemas. Essas falhas podem diminuir a qualidade criando ambientes de risco para incidentes que possam atingir o paciente^{72,80}.

Embora a dimensão “Passagem de plantão ou transferências” não tenha diferença estatística entre as variáveis, foi caracterizada como frágil. Essa dimensão ilustra a maior concentração de processos realizados em uma unidade hospitalar. Assim como em Taiwan e EUA, temos uma baixa percepção de cultura para a comunicação nesta área^{68,81}. Essa dimensão demonstra a sinceridade dos respondentes em sinalizar que ocorrem perdas de informações, problemas e comprometimento do cuidado durante a transferência entre unidades.

Contudo, um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro, também identificou fragilidade na comunicação durante esses processos, mas traz a proposta de envolver a educação permanente para capacitar os profissionais e padronização de formulários, indicando quais informações devem ser passadas⁸².

A unidade de pronto socorro chama atenção por apresentar a menor frequência de relato de eventos, podemos relacionar esse resultado revendo a dimensão “Retorno da informação”, na qual o mesmo também apresentou a menor mediana, indicando fragilidade em ambas as situações. Isso nos remete a estrutura de comunicação existente e como ela se desdobra para a unidade de porta de entrada da instituição.

Quando associamos a subnotificação à sobrecarga de trabalho temos uma importante causa para a ocorrência de eventos adversos. A alta demanda do pronto socorro diminui a adesão a notificação, embora essa imagem seja percebida em outras realidades, cabe a alta liderança implementar estratégias que tornem factíveis os relatos de eventos, garantindo ambiente seguro para o colaborador realizar a notificação^{71,83}.

A prevalência entre os estudos considera, que na ocorrência de erros ainda se mantém a cultura de punição como ação de mitigação de problemas. Essa abordagem ilustra um modelo de gestão imaturo que não considera o erro como oportunidade de aprendizado. Embora muitos hospitais busquem padrões de qualidade onde a descrição de processos seja minuciosa, a cultura

de aprender com o erro não deve estar descrita apenas em documentos, deve ser exercida pela alta liderança e essa como multiplicadora difundir na operação^{65,84}.

Vimos no presente estudo que a dimensão com a maior fragilidade é a percepção de punição frente ao erro, essa informação é encontrada em estudos na região Sul, Sudeste e Nordeste do país, mas pode ser evidenciada também em países desenvolvidos do Ocidente. Essa realidade traz que ainda temos muito para evoluir na gestão de um evento, pois quando comparado a frequência de relato de eventos também identificamos incipiência ao, o que notificar, como e porque realizar. Esse desconhecimento e as demais fragilidades, refletem a política organizacional das instituições ao destinarem recursos conforme o objetivo estratégico desenhado^{65,67,79,84}.

Inúmeros estudos relatam que os profissionais percebem a punição como conduta vigente para a gestão de evento. O que pode ser refletido na quantidade de notificações realizadas, pois 65% de toda amostra relata não ter feito nenhuma notificação. Macedo, traz resultados semelhantes avaliando uma unidade de emergência em que a maioria da amostra também relata não ter notificado nada no último ano⁸⁵. A baixa notificação também foi identificada em um estudo que avaliou a cultura de segurança na região do Ceará⁶⁵.

As principais consequências da abordagem punitiva são, negligencia de informações valiosas, impossibilidade de análise das situações e fatores contribuintes para a ocorrência dos próprios eventos colocando em risco para a recorrência dos erros^{71,79}.

Um hospital acreditado precisa mensurar como está inserida a política de segurança do paciente, embora essa medida não seja recomendada por meio quantitativo, muitos hospitais têm como foco volume de notificações, pois reflete o quanto a operação está engajada e disposta a melhorar algum processo⁸⁶.

Por fim, a dimensão “Percepção geral da segurança” foi considerada frágil. Essa dimensão representa que os profissionais possuem visão crítica do cenário da instituição, identificando que existem riscos nos processos assistenciais. Algumas barreiras que podem auxiliar no fortalecimento do processo e visão pelo profissional são protocolos de cuidado. Um estudo espanhol discute que a existência de protocolos voltados para os setores que representam as metas internacionais de segurança possui melhor percepção, como o centro cirúrgico^{67,86}.

Embora, de forma geral, tenhamos um panorama negativo para a percepção da cultura de segurança do paciente a nota recebida para as ações realizadas na instituição, demonstram uma visão positiva para o setor. Mostrando que existe política voltada para a temática, mas que ainda não está devidamente consolidada.

Quando comparamos a realidade de países do norte como EUA, temos a concentração de respostas como “Excelente”, já em hospitais europeus as respostas se concentram em “Muito boa”, porém países da Ásia trazem a menor percepção, com 63% das respostas considerando “Aceitável” a segurança do paciente^{64,87}.

7.3. Avaliação da percepção de clima de segurança do paciente – SAQ *short form*

Quando avaliada a consistência interna do estudo por meio do alfa de Cronbach, o resultado geral foi considerado muito positivo. Semelhante a outros estudos realizados no Brasil e no oriente médio⁸⁸, o que sugere que o instrumento é válido para mensuração do construto, além de indicar que o preenchimento do mesmo não foi realizado de forma aleatória, embora houvesse o receio devido a dinâmica de trabalho dos profissionais que participaram da pesquisa^{31,89,90}. Ao avaliar a consistência interna para cada domínio, apenas o domínio “Clima de segurança” ficou abaixo do recomendado (0,592) que sugere a aplicação da metodologia em amostras maiores para atingir o valor ideal⁴, vale ressaltar que outros cenários também demonstraram alguns domínios com confiabilidade interna e outros não^{31,47}.

Ao falar do clima de segurança do paciente, faz-se necessário rever o conceito básico representado³¹, que descreve o mesmo como as manifestações da cultura inserida em determinado local através dos atos e manifestações de cada indivíduo. Perceber a cultura é algo complexo conforme descrito nos tópicos anteriores, porém o instrumento escolhido permite detectar, por pontuações, o clima percebido de forma geral ou estratificada por domínio. Pesquisadores afirmam que a mensuração dos escores dos domínios do clima de segurança auxilia no diagnóstico da cultura de segurança e indica os pontos que devem ser melhorados^{88,89}.

Inúmeros estudos que fizeram abordagem semelhante a presente pesquisa não conseguiram mensurar a percepção de clima de segurança do paciente acima de 75 pontos, ou seja, não viram as realidades como favoráveis para manifestação positiva, bem como o presente texto. Os estudos trazem a visão de causas destrinchada por domínios conforme a avaliação média de cada grupo^{46,47,73,89,90}.

A avaliação da percepção do clima pelos domínios identificou um cenário semelhante em diferentes regiões do país, para os resultados deste trabalho, o domínio “Satisfação no trabalho” foi a única pontuada acima de 75 indicando que existe força para segurança do paciente quando revisado o ambiente profissional. Esse domínio foi, com ênfase, o único positivo em outras representações mesmo em realidades diferentes, inclusive em estudos internacionais^{31,47,88-90}.

Quando avaliamos o instrumento de forma geral, vemos que os funcionários que desempenham carga horária de 44 horas, mesmo trabalhando carga horária equivalente ao regime de escala, apresentam contato com o paciente por oito horas diárias de segunda a sexta, isso está relacionado na literatura com a diminuição da sobrecarga e menor acúmulo de tarefas.

Embora nenhuma área tenha pontuação satisfatória, todas ficaram na faixa de neutralidade, por outro lado a internação e a UTI-Adulto, que representam mais da metade da amostra, executam processos com demanda elevada, nos quais a equipe de enfermagem tem a responsabilidade de dar continuidade no cuidado prestado 24 horas por dia. Esta auto responsabilização cria uma cobrança que precisa ser trabalhada a favor da equipe estabelecendo comunicação efetiva para garantir a continuidade assistencial aliando a competência técnica da equipe multidisciplinar.

O clima de trabalho em equipe foi marcado por algumas variáveis. Encontramos que ser formado a mais de vinte anos é uma fragilidade para a temática, conforme os resultados apresentados por outros estudos, divergindo do identificado nos estudos que associam tempo de formação e de trabalho como variáveis que fortalecem a visão de trabalho em equipe. Todavia, estudos que avaliam os profissionais com maior tempo na instituição, identificam que esses têm a versatilidade de saber trabalhar em equipe, lidar com situações de estresse, uma vez que apresentam mais responsabilidade, experiência e comprometimento com a instituição^{92,94,95}.

A percepção do estresse relacionada a profissionais com pouco tempo de formação ou idade pode estar relacionada a maturidade profissional desenvolvida, em que os profissionais mais velhos e com mais tempo na instituição aprendem a ver o erro como algo existente, mas com experiência para saber como abordá-lo de forma positiva, característica ainda em formação nos recém formados que tendem a se auto julgar como responsáveis^{90,91}.

Estudos internacionais também encontraram que os domínios “Clima de segurança” e “Trabalho em equipe” estavam abaixo de 75, sugerindo estratégias para fortalecer o clima e trabalho em equipe, como treinamentos dinâmicos em grupo, abordagem de erros de forma problematizadora, colocar o paciente no centro do cuidado^{90,91}.

Embora os domínios se apresentem conectados, algumas diferenças estatísticas chamam atenção quando temos a radiologia sendo destaque único para o domínio “Clima de segurança”. O ambiente da radiologia reflete menor complexidade assistencial, quando comparado aos demais setores, porém a resolução que rege os processos apresenta maior detalhamento e menor variabilidade de atendimentos, além de processo de acreditação paralelo ao hospital.

Satisfação no trabalho é um domínio que envolve múltiplas condições, sendo muitas vezes analisado de forma diferente e associado a qualidade de vida⁴⁹. Algumas pesquisas descrevem que passamos mais tempo dedicados ao trabalho do que a nós mesmos e quando aplicamos esse pensamento para a realidade em saúde temos uma responsabilidade ainda maior com o cuidado de outras pessoas. Estar satisfeito, é o profissional demonstrar que naquele ambiente ele pode desempenhar sua competência sem riscos de comprometimento. A satisfação está sujeita a influências internas e externa, geralmente se associa retorno financeiro adequado, mas essa esfera não é a única que podemos mensurar. Um estudo desenvolvido no Rio Grande do Sul identificou que a principal característica positiva é gostar do trabalho, entretanto a principal característica negativa citada foi a remuneração^{49,50}.

Portanto de forma indissociável, as condições de trabalho trazem a questão salarial sempre como um tópico de interesse quando falar de satisfação, mas um estudo de abordagem qualitativa que avaliou a descrição de satisfação pela visão dos enfermeiros identificou que o salário é relevante, mas trouxe também pontos positivos como a presença do plano de carreira, políticas internas de treinamentos, otimização da carga horária, trabalhar em equipe multiprofissional e por último, mas citado como mais importante, o reconhecimento pelo próprio paciente^{51,92}.

Estudos na região do sul do país apresentaram boa satisfação com o trabalho^{59,89,71}, esta relaciona-se com a menor incidência de eventos adversos e podem impactar na cultura de segurança do paciente, além de afetar o cumprimento dos objetivos e planejamentos da instituição⁹⁰.

Embora a realidade da aplicação da pesquisa não tenha colocado a percepção do estresse com pontuação favorável é preciso discorrer sobre os fatores que podem levar a um aumento da mesma. Muitas vezes a insatisfação com o serviço pode aumentar o risco, porém fatores como falta de insumos, dimensionamento pessoal, sobrecarga de trabalho podem elevar essa percepção e questionar a eficácia das barreiras existentes, facilitando a ocorrência de eventos adversos interferindo na qualidade da assistência^{25,93,94}.

O estudo demonstrou pontuação elevada para o domínio, porém outros estudos nacionais e internacionais apresentaram pontuações abaixo do encontrado neste^{31,46}. Hospitais com elevados padrões de qualidade e selos internacionais apresentam alto índice de estresse, devido a cobrança excessiva por eficácia para os profissionais, sem fornecer subsídios aos mesmos para alívio ou condições de relaxamento o que podemos extrapolar para o local de estudo, por ser uma instituição acreditada com excelência nível 3 pela ONA⁸⁸.

Embora outro estudo realizado na região do Distrito Federal tenha apresentado valores de percepção do estresse acima de 75, no qual foi identificado que um ambiente estressante impacta diretamente na rotatividade de pessoal, causando instabilidade na equipe e inconsistência para o cuidado prestado, por mais que a realidade deste estudo seja de um hospital público de referência vale citar que a rotatividade afeta o trabalho em equipe e pode ser causada por altos níveis de estresse ou ser a causa de nível elevado de alterações emocionais na equipe^{53,95,96}.

Podemos reparar que a satisfação repercute em todas as esferas do cuidado e impacta no estresse que os profissionais podem apresentar durante a jornada de trabalho. Eventos adversos ocorrem por causas multifatoriais, mas a presença do fator humano é algo que precisa ser trabalhado, pois é uma variável que pode contribuir para melhorar ou piorar o cenário⁹¹.

Um estudo que avaliou a satisfação do trabalho na UTI-Neonatal identificou impactos diretos na rotatividade, diminuindo o estresse entre a equipe⁵¹. Ao analisar a UTI-Neonatal desta instituição vemos que ocorreu uma pontuação forte de satisfação e condição de trabalho, mesmo sendo cenário de alta complexidade. O reconhecimento do estresse varia conforme o profissional ou cuidador que está realizando assistência podendo estar relacionado com diferentes áreas, motivos, turnos e fatores pessoais

Entre os profissionais avaliados, foi considerado que os enfermeiros apresentam maior percepção do estresse quando comparado aos técnicos de enfermagem. A demanda, rotina, setor de trabalho, tempo de formação são variáveis que como já dito interferem no nível de estresse, porém o enfermeiro ocupa desde a formação papel de liderança na equipe. Essa atribuição associada a auto responsabilização por tudo que ocorre com os pacientes amplia essa visão, onde o convívio entre categorias hierárquicas permite essa percepção^{89,97}.

O panorama obtido sobre as gerencias, tanto das unidades quanto do hospital, obtiveram as notas mais baixas, o que preocupa a percepção pelos profissionais. A liderança tem um papel essencial na formação e condução desses trabalhadores para alcançar o resultado esperado dentro de suas ações. Alguns hospitais que apresentam modelo de gestão verticalizado, demonstraram pontuações mais baixas para a avaliação da gestão do hospital, embora o presente estudo avalie ambas com pontuações baixas, cabe ressaltar que a concentração das respostas não demonstra fragilidade. Uma estrutura hierárquica impede que o trabalho em equipe desempenhe sucesso^{52,70,98}.

Quando comparados os resultados encontrados com realidades da mesma região, porém numa abordagem para hospital público, o perfil da percepção das gerencias não é diferente. Entretanto, temos um reflexo divergente quando analisado o cenário internacional. A baixa

pontuação para os setores gerenciais indica distância entre os profissionais das suas lideranças, diminuindo a comunicação e difusão de conceitos sobre segurança do paciente^{88,95,99}. Colocando em questão a eficácia de métodos de gestão arcaicos.

Os modelos de gestão são vários, porém a sua escolha depende diretamente dos resultados que estão sendo obtidos e os objetivos estratégicos traçados pela alta administração. O papel do chefe tem influência direta na satisfação do trabalho, porém no questionário utilizado o respectivo domínio não sofre interferência desta variável^{73,100}. A gestão coparticipativa tem sido defendida como efetiva, pois permite a comunicação direta com a parte operacional, pois é ela que possui propriedade para dizer como a escolha por rotinas assistenciais interfere na dinâmica trabalhista, além de permitir a comunicação efetiva entre os setores, mitigando o modelo de divisões hierárquico existente na instituição^{52,70,101,102}.

As unidades do pronto socorro e UTI-Adulto demonstraram as menores pontuações para as esferas gerenciais, porém devemos considerar o cenário e volume de profissionais. A complexidade da UTI-Adulto associada a demanda de atendimentos em unidade aberta impactam na percepção de estresse que ambas áreas têm, além de afetar o julgamento deste domínio. Uma vez que estes setores sinalizaram as condições de trabalho com a menor porcentagem de força.

Na área de segurança do paciente devemos interpretar as situações com a capacidade de reação em cadeia, de forma que todas as esferas dentro de um hospital tenham como objetivo final garantir um cuidado seguro e de qualidade para o paciente, quando a gerencia como um todo recebe pontuação baixa para expressar clima de segurança precisamos rever a estrutura de gestão escolhida, pois a mesma deve permitir segurança para o profissional dizer ou questionar sobre situações de risco ao paciente, estudos que trazem modelos hierarquizados relatam impedimento na melhoria dos setores, além de aumentar a percepção de estresse entre os profissionais^{52,59}.

O domínio “Condições de trabalho” é composto apenas por três itens, onde a questão referente a dinâmica de trabalho e receptividade dos estagiários não representa impacto significativo para os resultados, uma vez que o hospital escolhido não representa campo de inserção para esta fase educacional dos profissionais, mesmo para instituições brasileiras classificadas como hospitais escola a pontuação não foi considerada satisfatória^{95,103}. Porém é importante descrever que essas condições são vistas na literatura como a união de todas as informações descritas nos domínios anteriores^{50,51}.

A condição satisfatória para trabalhar traz em pauta a discussão sobre remuneração, muitas vezes os profissionais de enfermagem apresentam mais de um vínculo profissional. No

presente estudo 20% da amostra relata ter mais de um emprego. A motivação encontrada na literatura é semelhante a realidade, gerando uma reação em cadeia que interfere na pontualidade, sobrecarga, tempo de descanso, desgaste emocional que podem afetar a qualidade durante a jornada de trabalho expondo o paciente a riscos externos a sua condição clínica^{31,49,59}.

Muitas vezes a corrida pela certificação de padrões de qualidade não acompanha o desenvolvimento do corpo colaborativo da instituição dissociando do objetivo estratégico almejado da realidade. O desenvolvimento das equipes é fator crucial para dar um próximo passo na acreditação. Importante ressaltar que os resultados tem potencial para embasar ações nas instituições de saúde de maneira a contribuir para o planejamento e organização dos serviços desde a efetivação da assistência até a gestão. Ainda, pode servir como subsídio à enfermeiros e gestores no processo de gerenciamento e assistência, com foco nas ações voltadas à segurança do paciente.

7.4. Desafios para reconhecimento da cultura e clima de segurança do paciente

O perfil de cultura e clima de segurança encontrado, reflete a necessidade de reestruturar a cultura organizacional das instituições, uma vez que a liderança traz essa responsabilidade de difundir como o cuidado deve ser realizado para garantir ao paciente a melhor experiência que ele possa ter durante o período de atendimento. Esse panorama envolve mudança de cultura da sociedade para uma abordagem com visão de processo e de constante melhoria.

Existem muitas barreiras para implantar a segurança do paciente em uma instituição, apropriar-se de novos valores é uma característica individual. Para a temática geral temos apenas 5 anos desde a institucionalização no Brasil, por mais que o assunto seja amplamente divulgado no mundo ainda estamos no cenário de consolidação de conceitos. A pesquisa nos mostrou um panorama negativo para a percepção de segurança do paciente entre os profissionais, porém não diferiu da maioria das pesquisas nacionais e internacionais.

O próximo passo para implantação de cultura de segurança do paciente é a disseminação da metodologia do “Cuidado Centrado no Paciente” (CCP). Instituições de acreditação hospitalar apresentam em seu escopo objetivos que circundam esse assunto. Alguns estudos trazem o cuidado centrado no paciente com a terminologia “Cuidado Centrado na Pessoa” colocando o indivíduo como coparticipante de todo o cuidado, extrapolando a situação de doença e valorizando a abordagem holística da pessoa¹⁰⁴. Essa mudança cultural é mais complexa que discutir segurança do paciente, pois se refere a uma esfera ainda maior,

englobando as dimensões da qualidade, necessidades humanas básicas e princípios de cuidados pautados pela transparência com o indivíduo^{5,104}.

Dessa forma é preciso amadurecer quanto a formação dos profissionais que irão trabalhar nesse cenário e a necessidade de ser revisada, pois com a portaria 529/2013 dispõe da obrigatoriedade da inserção da segurança do paciente como conteúdo na grade curricular de todos os cursos de enfermagem, seja ele técnico ou graduação¹⁰⁵. Iniciando a mudança cultural pela base de formação conforme recomendado na literatura⁴⁷.

Por mais que pareça óbvio desenvolver um cuidado digno, com compaixão, respeito, permitindo ao cliente interferir na tomada de decisão sobre todo e qualquer procedimento, é preciso relatar que essa realidade ainda não é obrigatória, mesmo sendo a melhor evidência¹⁰⁶. Muitas vezes é considerada como sinônimo de alto padrão de qualidade e reconhecimento.

Mesmo o paciente sendo o centro de tudo, o profissional é beneficiado por meio do reconhecimento do próprio cliente e/ou familiares, aumentando o desempenho e motivação da equipe multiprofissional, conforme apresentado na presente pesquisa, onde a cultura e clima de segurança estão relacionados com o trabalho de equipe e condições de trabalho^{104,106}.

Para colocar o paciente no centro é preciso clareza e comunicação efetiva com o mesmo, conforme os resultados mostraram, ainda é preciso desenvolver como difundir a informação entre os profissionais, para depois discutirmos as possibilidades de desdobramento ao indivíduo. Um dos princípios para instituir o CCP é o empoderamento a pessoa de questionar todo o processo de cuidado planejado, permitindo que ele contribua com a recusa de procedimentos e/ou medicações por exemplo. Essa esfera de maturidade é baseada em ter comunicação suficiente para que o paciente tenha essa liberdade^{5,104}.

Ainda com tamanha evolução na forma de cuidado, as falhas continuariam acontecendo, mas a forma de abordar passa a ser diferenciada, o ideal seria a abordagem de falhas com foco sistêmico, permitindo aprender com o erro, saindo do cenário punitivo destacado neste estudo. Várias ferramentas permitem a identificação de causa raiz não existindo uma única correta, pois depende do contexto e necessidade. O padrão ouro para descrever e agir quando uma falha acontece é o protocolo de Londres que serve de base para o *disclosure*, do inglês, “revelação”. Envolvendo o paciente em tudo, até mesmo com os eventos inesperados que acontecerem durante o período de cuidado. Esse recurso só pode ser aplicado em um cenário que apresenta a cultura organizacional estruturada para sua realização, com profissionais que internalizam a cultura e refletem o clima de segurança do paciente^{5,107}.

8. CONCLUSÃO

O trabalho conseguiu caracterizar a cultura e clima de segurança do paciente, apresentando um cenário frágil em sua maioria com necessidade de aprimoramento para instituir conceitos básicos. Entretanto a visão possibilita reconhecer em quais esferas podemos direcionar esforços para criar um processo de cuidado seguro.

Temos que ter cautela ao extrapolar os dados encontrados neste estudo para outras redes hospitalares sejam nacionais ou internacionais, uma vez que a segurança do paciente incita a necessidade de medição individual para representar suas próprias características, seguindo a metodologia reproduzível utilizada nesta pesquisa.

Embora as escalas de avaliação da segurança sejam consideradas instrumentos importantes no processo de implantação e avaliação da qualidade do serviço prestado ao paciente, seus *scores* não podem ser interpretados de forma isolada, pois é necessário uma análise criteriosa da forma como os valores e organização de trabalho na instituição, uma avaliação de como os funcionários e gerentes entendem o conceito de cultura de segurança do paciente e uma prospecção de quais os seus valores e percepções que determinam o compromisso com a qualidade da assistência prestada ao cliente.

Partindo desse princípio temos como limitação do presente estudo a abordagem quantitativa isolada, onde os resultados poderiam ser apresentados com auxílio da abordagem qualitativa, permitindo o retrato conforme o discurso do sujeito ficando como sugestão para próximos estudos. A qualidade do estudo acaba se tornando a sua limitação, pois ao avaliar cultura e clima de segurança do paciente faz-se necessário avaliar o novo perfil de cuidado multidisciplinar desenvolvido nas instituições, assim seria plausível a realização da metodologia abrangendo todos os profissionais de saúde para um retrato geral, mesmo a equipe de enfermagem apresentando o maior contato com o paciente.

Assim como a implantação dos núcleos de segurança do paciente passou a ser obrigatória em todas as unidades hospitalares no ano de 2013, poderíamos pensar em estratégias a serem realizadas, em conjunto com a implantação, como a avaliação precoce, de cultura e clima de segurança do paciente durante a implantação dos processos, permitindo atuar nas áreas frágeis para o cuidado de forma preventiva.

A avaliação da cultura e clima de segurança do paciente deve ser contínua para monitorar a eficácia das ações realizadas, acompanhando as mudanças que ocorrem no corpo operacional e da alta liderança do hospital.

REFERENCIAS

1. Pan American Health Organization. World Health Organization. 27th Pan American Sanitary Conference. CSP27R10. 59th Session of the Regional Committee. [Internet]. Washington D.C.; 2013 out;1(2):1-5
2. Silva K; Moreira JAA; Vasconcelos LT; Gestão Da Qualidade Total Nos Serviços De Saúde: Modelo Gerencial Em Desenvolvimento. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2015;6 (01):617-32
3. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: A. Donabedian, Explorations in quality assessment and monitoring. Volume I. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1980.
4. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde pública Sérgio Arouca; 2013
5. Brasil. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Pratica Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.
6. ONA. Organização Nacional de Acreditação. Histórico. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>>. Acesso em: 07jul. 2018
7. Costa, DB. Cultura de segurança do paciente sob a ótica da equipe de enfermagem em serviços hospitalares. 2014. 97 f. [Tese Mestrado] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014
8. Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT; NBR ISO 31000: Gestão de riscos — Princípios e diretrizes; NORMA BRASILEIRA. 2018 Mar;2:17.
9. Harteloh PPM. The meaning of quality in health care: A conceptual analysis. Health Care Analysis. 2003; 11(3):259-262.
10. Rodrigues VR, Carâp LJ, ElWarrak LO, Rezende TB, V. R. Qualidade e Acreditação em Saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011.
11. Vincent C. Patient Safety. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.
12. WHO, World Health Organization; Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report January 2009 jan;1(1).
13. JHA, A. K. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. BMJ Qual. Saf., 2013.
14. Renato CC; Tania MGP; Mario BR; Erros Acontecem: A força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados construindo um sistema de saúde mais seguro; Belo Horizonte – 2016

15. NANJI, K. C. Evaluation of perioperative medication errors and adverse drug events. *Anesthesiol.*, v.124, n.1, p.25-34, 2016. Disponível em: <<http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=2466532>>. Acesso em: 24/11/2017.
16. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M: *To err is human: Building a safer health system*. National Academy Press 1999
17. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM; Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc Anna Nery* 2014;18(1):122-129
18. Belela ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLG; Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos; *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010; 22(3):257-263
19. Avelar AFM, Salles CLS, Bohomol E, Feldman LM, Peterlini MAS, Harada MJCS, et al; 10 Passos Para a Segurança do Paciente. São Paulo: COREN-SP; 2010.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. : il.
21. 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/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.
22. JCI, Joint Commission International Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – Rio de Janeiro: CBA: 2010
23. Organização Nacional de Acreditação - ONA; Norma Orientadora - NO, 21; Notificação de incidentes e eventos, [Norma orientadora]. 2018. p.10
24. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR: Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. Escola Anna Nery 2016.
25. Pedrosa, TMG; Couto, RC. Erros e eventos adversos na assistência médico-hospitalar. *Revista Médica de Minas Gerais*; Belo Horizonte, v. 24 n. 2, p.: 216-222, mai. 2014.
26. Nuckols TK, Asch SM, Patel V, Keeler E, Anderson L, Buntin MB et al. Implementing Computerized Provider Order Entry in Acute Care Hospitals in the United States Could Generate Substantial Savings to Society. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2015;41(8):341-1.
27. Daibert, P. B. Impacto econômico e assistencial das complicações relacionadas à internação hospitalar. 2015. 89f. Dissertação (Mestrado em Infectologia e Medicina Tropical) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

28. Fernandes LM, Caliri MHL, Haas VJ. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras pressão; *Acta Paul Enferm* 2008;21(2):305-11.
29. Vituri DW, Évora YDM. Gestão da Qualidade Total e enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. *Rev Bras Enferm*. 2015 set-out;68(5):945-52.
30. Carvalho REFL; Adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire* para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança. Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho; [tese]; orientador Silvia Helena de Bortoli Cassiani. Ribeira Preto, 2011; p. 158 Il.; 30cm
31. Santiago, THR; Cultura organizacional para segurança do paciente em terapia intensiva: comparação de dois instrumentos *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* e *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*/ Thaiana Helena Roma Santiago. São Paulo, 2014. 110 p.
32. Fleury MTL, Sampaio JR. Uma discussão sobre cultura organizacional. In: Fleury MTL, organizadora. *As pessoas na organização*. São Paulo: Editora Gente; 2002. p.283-94
33. Menezes IG, Gomes ACP. Clima organizacional: uma revisão histórica do construto. *Psicologia em Revista* 2010; 16 (1): 158-79.
34. Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional / Coordenação de Vera Neves Marra, Maria de Lourdes Sette. — Rio de Janeiro: Autografia, 2016. 270 p.
35. Forum and End Stage Renal Disease Networks, National Patient Safety Foundation, Renal Physicians Association. *National ESRD Patient Safety Initiative: Phase II Report*. Chicago: National Patient Safety Foundation, 2001.
36. Health and Safety Executive. HSE; Human Factors Briefing Note No.7 Safety Culture [Cited 2013 set 09] Available from <http://www.hse.gov.uk/humanfactors/topics/07culture.pdf>. Acesso em: novembro de 2018
37. Costa MMM. Efeitos de um ciclo de melhoria da qualidade nacional aplicado a estruturação das ações de prevenção das infecções relacionadas a assistência à saúde em hospitais brasileiros. [Dissertação de Mestrado] - Brasil. 2016
38. Pacheco APR, Salles BW, Garcia MA, Possamai O. O ciclo PDCA na gestão do conhecimento: uma abordagem sistêmica. Programa de Pós Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
39. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care* 2005, 14: 364-366.
40. Alexandre M. *Uso do Coeficiente Alfa de Cronbach em Avaliações por Questionários*. Embrapa Boa Vista, RR 2011 Dez.

41. Reis CT. Adaptação Transcultural Do HSOPSC Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2012 nov;28(11):2199-2210
42. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); Hospital Survey on Patient Safety Culture. Content last reviewed August 2018. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/sops/quality-patientsafety/patientsafetyculture/hospital/index.html> Acesso em 20 de setembro de 2018
43. Li Y, Zhao X, Zhang X, Zhang C, Ma H, Jiao M, et al. (2017) Validation study of the safety attitudes questionnaire (SAQ) in public hospitals of Heilongjiang province, China. PLoS ONE 12(6): e0179486. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179486>; June 21, 2017
44. Mark HTM. Validation of the Dutch language version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ-NL) BMC Health Services Research 2016;16:385
45. Reis CT. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. Cad. Saúde Pública 2016; 32(11):e00115614
46. Correggio TC, Amante LN, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. Rev SOBECC 2014; 19(2):67-73.
47. Gasparino RC, Bagne BM, Gastaldo LS, Dini AP, Percepção da enfermagem frente ao clima de segurança do paciente em instituições pública e privada. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(3):e68240
48. Santiago THR, Turrini RNT, Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. Rev Esc Enferm USP · 2015; 49(Esp):123-130
49. Renner JS, Taschetto DVR, Baptista GL, Basso CR, Qualidade de vida e satisfação no trabalho: a percepção dos técnicos de enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. Rev Min Enferm. 2014 abr/jun; 18(2): 440-446
50. Tenani MNF, Vannuchi MTO, Haddad MCL, Matsuda LM, Pissinati PSC, Satisfação Profissional Dos Trabalhadores De Enfermagem Recém admitidos Em Hospital Público. Rev Min Enferm. 2014 jul/set; 18(3): 585-591
51. Moraes MP, Martins JT, Galdino MIQ, Robazzi MLCC, Trevisan GS, Satisfação No Trabalho De Enfermeiros Em Um Hospital Universitário. Rev Enferm UFSM 2016 Jan./Mar.;6(1): 1-9
52. Tamada RCP, Barreto MFS, Cunha ICKO. Modelos de Gestão em Saúde: Novas tendências, responsabilidades e desafios. CONVIBRA, 2013.
53. Nomura FH, Gaidzinski RR. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola. Rev Latino-am Enfermagem 2005 setembro-outubro; 13(5):648-53

54. Perossi GR, Aquino WDST, Pesquisa de clima organizacional em um hospital filantrópico. RAS Jan-Mar 2013;15(58)
55. Stancato K, Zilli PT. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de Saúde: uma revisão de literatura RAS Abr-Jun 2010;12(47)
56. Bezerra ALQ. O significado da rotatividade de pessoal numa instituição de saúde privada. Rev Bras Enferm. 1997;50(1):107-20.
57. Costenaro OMV, Ribeiro AM, Tognini DL, Campoleoni ST. Rotatividade pessoal: causas, consequências e propostas. Rev Paul Enferm. 1987;7(1): 40-3.
58. Matos JGR, Matos RMB, Almeida JR. Análise do Ambiente Corporativo: do caos organizado ao planejamento. Rio de Janeiro: E-papers; 2007
59. Melo MB, Barbosa MA, Souza PR. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem jul.-ago. 2011;19(4):1-9
60. Volpe CRG, Melo EMM, Aguiar LB, Pinho DLM, Stival MM. Risk factors for medication errors in the electronic and manual prescription. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016; 24: e2742.
61. Batalha EMSS, Melleiro MM, Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2): 432-41.
62. Andrade LEL, Lopes JM, Filho MCMS, Junior RFV, Farias LPC, Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. Ciência & Saúde Coletiva, 2016. 23(1):161-172, 2018
63. Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, Anders JC, Malfussi HFC. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. Rev LatinoAm Enferm 2014; 22(5):755-763.
64. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Avaliação Da Cultura De Segurança Do Paciente Em Terapia Intensiva Neonatal; Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1): 161-9.
65. Netto FCB, Severino FG; Resultados Da Avaliação Da Cultura De Segurança Em Um Hospital Público De Ensino Do Ceará. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza 2016 jul/set 29(3): 334-341,
66. Burström L, Letterstål A, Engström ML, Berglund A, Enlund M. The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: a repeated cross-sectional study. BMC Health Serv Res 2014; 14:296.
67. Gama ZAS, Oliveira ACS, Hernández PJS. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. Cad Saude Publica 2013; 29(2):283-293.

68. Chen IC, Li HH. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Serv Res.* 2010; 10:152. Published 2010 Jun 7. doi:10.1186/1472-6963-10-152
69. Nie Y, Mao Y, Cui H, He S, Li J, Zhang M. Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Serv Res* 2013; 13:228.
70. Chiavenato I. *Introdução à Teoria Geral da Administração.* São Paulo: Campus, 2005.
71. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH, *Avaliação Da Cultura De Segurança Do Paciente Em Terapia Intensiva Na Perspectiva Da Equipe De Saúde.* *Texto Contexto Enferm,* 2016; 25(2):e1610015
72. Sartor GD, Silva BF, Masiero AV, *Segurança Do Paciente Em Hospitais De Grande Porte: Panorama E Desafios Cogitare Enferm.* 2016;2: 01-08
73. Rigobello MCG, *Avaliação do clima de segurança do paciente em unidade de emergência de um hospital universitário do interior de São Paulo.* [Tese] Ribeirão Preto, 2015:83.; 30 cm
74. Hamdan M, Saleem AA. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. *Int J Qual Health Care.* 2013 Apr; 25(2):167-75.
75. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care.* 2004;13(Supl 1):85-90.
76. Carvalho BG, Peduzzi M, Ayres JRMC. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Pública.* 2014;30(7):1453-62.
77. Souza GC, Peduzzi M, Silva JAM, Carvalho BG. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(4):640-647. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500015>
78. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.: il.
79. El-Jardali F, Sheikh F, Garcia NA, Jamal D, Abdo A. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Serv Res* 2014; 14:122.
80. Sousa PAF, Dal Sasso GTM, Barra DCC. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2012; 21(4)

81. Gonçalves MI, Rocha PK, Anders JC, Kusahara DM, Tomazoni A, Comunicação E Segurança Do Paciente Na Passagem De Plantão Em Unidades De Cuidados Intensivos Neonatais. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(1):e2310014
82. Pinheiro MP, Junior OCS. Avaliação da cultura de segurança do paciente na organização hospitalar de um hospital universitário. *Rev. Electronica trimestral de Enfermería*. Enero 2017(45)
83. Chakravarty BA. A survey of attitude of frontline clinicians and nurses towards adverse events. *Medic J Armed Forces India* [internet]. 2013
84. Robida A. Hospital survey on patient safety culture in Slovenia: a psychometric evaluation. *Int J Qual Health Care*. 2013;25(4):469-75.
85. Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza S, Anders JC, Davis K. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(5):756-62.
86. World Alliance for Patient Safety. Second global patient safety challenge: safe surgery saves lives. Geneva: WHO Press; 2008.
87. Wagner C, Smits M, Sorra J, Huang CC. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *Int J Qual Health Care*. 2013 Jul; 25(3):213-21.
88. Vasilios R, Pavlakis A, Safety climate in 5 intensive care units: A nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. *Journal of Critical Care* (2013) 28, 51–61
89. Kolankiewicz AC, Loro MM, Schmidt CR, Santos FP, Bandeira VA, Magnago TS; Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. *Acta Paul Enferm*. 2017; 30(5):531-7.
90. Fermo VC, Radünz V, Rosa LM, Marinho MM. Professional attitudes toward patient safety culture in a bone marrow transplant unit. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(1):e55716. 2014 [cited 2016 Aug 16] Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n1/en_0102-6933-rgenf-37-1-1983-144720160155716. Pdf
91. Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Rev LatinoAm Enfermagem*. 2017 [cited 2017 Apr 05];25:e2849. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2849.pdf>.
92. Jha, AK; Larizgoitia, I; Audera-Lopez, C; Prasopa-Plaizier, N; Waters, H; Bates, DW The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies *BMJ Qual Saf* 2013; 22(10): 809-815.
93. Institute of Medicine. To err is human [Internet]. 1999. [cited 2017 Oct19]. Available from: [http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report Files/1999/To-Err-is-Human/To](http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To).

94. Teixeira, TCA; Cassiani, SHB; Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário; Rev Esc Enferm USP – 2010; 44(1): 139 – 46.
95. Carvalho PA, Göttems LBD, Pires MRGM, Oliveira MLC. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde Rev. Latino-Am. Enfermagem nov.-dez. 2015;23(6):1041-8.
96. Taylor JA, Dominici F, Agnew J, Gerwin D, Morlock L, Miller MR. Do nurse and patient injuries share common antecedents? An analysis of associations with safety climate and working conditions. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(2):101-11
97. Santos JL, Lima MA, Pestana AL, Colomé IC, Erdmann AL. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. *Rev Gaucha Enferm.* 2016; 37(1):e50178.
98. Paese F, Sasso GTMD. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2013;22(2):302-10.
99. Patterson PD, Huang DT, Fairbanks RJ, Simeone S, Weaver M, Wang HE. Variation in emergency medical services workplace safety culture. *Prehosp Emerg Care.* 2010;14(4): 448-60.
100. Cauduro FLF, Sarquis LM, Sarquis LMM, Cruz EDA, Cultura De Segurança Entre Profissionais De Centro Cirúrgico. *Cogitare Enferm.* 2015 Jan/Mar; 20(1):129-38
101. Chiavenato, I. Gestão de pessoas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
102. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
103. Azimi L, Bahadori M. The effect of Safety Culture Education on Improvement of Managers' Attitudes towards Patients' Safety. *Int J Collab Res Intern Med Public Health.* 2012;4(3):217-26.
104. The Health Foundation. Person-centred care made simple; October 2014; p.27. Acesso em 20 de novembro de 2018 Disponível em: <http://www.health.org.uk/publication/person-centred-care-made-simple>
105. Brasil. Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União* 2013; 2 abr.
106. Hibbard J, Gilbert H. Supporting people to manage their health: An introduction to patient activation. The King's Fund, 2014.
107. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar do projeto de pesquisa “Avaliação do impacto de capacitação profissional nos indicadores de eventos adversos em uma instituição hospitalar privada” sob a responsabilidade do pesquisador Lucas Barbosa de Aguiar. O projeto tem a finalidade para defesa de dissertação de mestrado pela universidade de Brasília - UnB. O objetivo desta pesquisa é realizar uma análise sobre o impacto da intervenção nos indicadores de eventos adversos em uma instituição hospitalar.

A pesquisa será realizada com a equipe de enfermagem assistencial com o intuito de conhecer o domínio dos profissionais com a temática de cultura de segurança do paciente. O (A) Senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e durante a pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo e anonimato. A sua participação será por meio de questionários, grupo focal e treinamento a serem realizados na própria instituição conforme data estipulada.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, sendo o mais expressivo deles o possível constrangimento ao responder algumas das questões do questionário, do grupo focal ou dos temas abordados em treinamento. Neste caso o participante tem inteira liberdade para interromper ou se recusar a responder qualquer ponto da pesquisa em qualquer fase da mesma caso não se sinta confortável. Sua participação é voluntária. No caso de apresentar constrangimento, o pesquisador encaminhará o participante (se o mesmo apresentar vontade para tal) para o atendimento psicológico a comunidade da universidade de Brasília, onde ele poderá se consultar ou a algum local semelhante próximo de sua residência. Quanto ao risco para a instituição temos a possibilidade de vazamento de dados internos que serão controlados pela restrição apenas ao pesquisador principal onde o mesmo se compromete a manter total sigilo quanto as informações necessárias para a elaboração do documento, conforme declaração preenchida pelo mesmo.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo as disposições legais vigentes no Brasil. Os resultados da pesquisa serão divulgados na universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para essa pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão desprezados. Se você aceitar participar, estará contribuindo para avaliar o impacto de capacitação profissional nos indicadores de eventos adversos, possibilitando mais informações e uma discussão sobre o assunto.

Se o (a) senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entrar em contato por meio dos números (61) 99922-6606/ (61) 99363-6973. No endereço: Centro Metropolitano, conjunto A lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-275. No horário comercial de atendimento 08:00h às 18:00h.

Este projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa – CEP, composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos dos participantes da pesquisa podem ser obtidas através do telefone: (61) 3962-6434 (61) 99649-3250 ou pessoalmente no endereço: Instituto Santa Marta de Ensino e Pesquisa, ISMEP; Setor E Sul, Área Especial 03 Taguatinga Sul, 72025-072 - Brasília/DF, 72025-072 no horário de atendimento de 09:00h às 12:00h de segunda a sexta-feira. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o senhor(a).

Nome/ Assinatura

Lucas Barbosa de Aguiar

Pesquisador responsável

Nome e assinatura

APÊNDICE II – Questionário De Descrição Demográfica

QUESTIONÁRIO DE DESCRIÇÃO DEMOGRÁFICO										
									Data: __/__/__	
Idade:		Sexo:		Masculino		Feminino	Turno:		D	N
Pergunta:					Resposta:					
1) Você tem quanto tempo de formado?										
2) Há quanto tempo trabalha nesta instituição?										
3) Qual unidade assistencial você realiza cuidados?										
4) Qual a sua carga horaria semanal?										
5) Qual a sua carga horaria diária (escala de serviço no):										
6) Quantos empregos (vínculos profissionais) você possui?										
7) Formação acadêmica:				Enfermeiro		Técnico de enfermagem				

APÊNDICE III - HSOPSC – Layout alterado

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.

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
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

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

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

SEÇÃO C: Comunicação

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

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

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

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

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente , 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 não há risco de dano ao paciente , 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 poderia causar danos ao paciente , 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 Excelente
 B Muito boa
 C Regular
 D Ruim
 E Muito Ruim

SEÇÃO F: O seu hospital

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

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	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
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

APENDICE IV – Dimensões por itens – Hospital Survey of Patient Safety Culture

Dimensão 1 – Trabalho em equipe dentro das unidades	
A1	Nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras
A3	Quanto há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente
A4	Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito
A11	Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam
Dimensão 2 – Expectativas sobre meu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente	
B1	O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente
B2	O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente
B3	Sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”. (Reversa)
B4	O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente. (Reversa)
Dimensão 3 – Aprendizado organizacional – Melhoria contínua	
A6	Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente
A9	Erros, enganos ou falhas tem levado a mudanças positivas por aqui
A13	Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade
Dimensão 4 – Apoio da gestão para a segurança do paciente	
F1	A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente
F8	As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade
F9	A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso (Reversa)
Dimensão 5 – Percepção geral da segurança do paciente	
A10	É apenas por acaso que erros, enganos ou falhas não acontecem por aqui (Reversa)
A15	A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.
A17	Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente (Reversa)
A18	Os nossos procedimento e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.
Dimensão 6 – Retorno da informação e comunicação sobre erro	
C1	Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos.
C2	Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.
C3	Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente.
Dimensão 7 – Abertura da comunicação	
C2	Os profissionais tem liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.
C4	Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores.
C6	Os profissionais tem receio de perguntar, quando algo parece não estar certo. (Reversa)
Dimensão 8 – Frequência de relato de eventos	
D1	Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente com que frequência ele é notificado?
D2	Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?
D3	Quando ocorre erro, engano ou falha, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?
Dimensão 9 – Trabalho em equipe entre as unidades	
F2	As unidades do hospital estão bem coordenadas entre si (Reversa)
F4	Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisa trabalhar em conjunto
F6	Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital (Reversa)
F10	As unidades do hospital trabalham em conjunto para prestar o melhor cuidado ao paciente

Continua...

... Conclusão

Dimensão 10 – Adequação dos profissionais	
A2	Temos profissionais suficiente para dar conta da carga de trabalho
A5	Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado com o paciente (Reversa)
A7	Utilizamos mais profissionais terceiros/temporários do que seria desejável para o cuidado do paciente (Reversa)
A14	Nós trabalhamos em situação de crise, tentando fazer muito e muito rápido (Reversa)
Dimensão 11 – Passagem de plantão ou de turno/transferências	
F3	O processo de cuidado é comprometido quanto um paciente é transferido de uma unidade para outra (Reversa)
F5	É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno (Reversa)
F7	Com frequência ocorre, problemas na troca de informações entre as unidades do hospital (Reversa)
F11	Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes (Reversa)
Dimensão 12 – Respostas não punitivas aos erros	
A8	Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles (Reversa)
A12	Quanto um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema (Reversa)
A16	Os profissionais se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais (Reversa)

Fonte: Santiago, 2015

APENDICE V – Domínios por itens – Safety Attitudes Questionnaire – SAQ

Domínio 1 – Clima de trabalho em equipe	
1.	As sugestões do enfermeiro são bem recebidas nesta área
2.	Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente (Reversa)
3.	Nesta, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado
4.	Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes
5.	É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem
6.	Os médicos e enfermeiros daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada
Domínio 2 – Clima de segurança	
7.	Eu me sentiria seguro se fosse tratado aqui como paciente
8.	Erros são tratados de modo apropriado nesta área
9.	Eu conheço os meios adequados para encaminhar minhas questões relacionadas a segurança do paciente nesta área
10.	Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho
11.	Nesta área, é difícil discutir sobre erros (Reversa)
12.	Sou encorajado por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto a segurança do paciente
13.	A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros
Domínio 3 – Satisfação no trabalho	
15.	Eu gosto do meu trabalho
16.	Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família
17.	Este é um bom lugar para trabalhar
18.	Eu me orgulho de trabalhar nesta área
19.	O moral nesta área é alto
Domínio 4 – Percepção do estresse	
20.	Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado
21.	Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado
22.	Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis
23.	O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência
Domínio 5 – Percepção da Gerência da unidade	
24.	A administração apoia meus esforços diários
25.	A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente
26.	A administração está fazendo um bom trabalho
27.	Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa:
28.	Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho
29.	Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes
Domínio 5 – Percepção da Gerência do hospital	
24.	A administração apoia meus esforços diários
25.	A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente

Continua...

... Conclusão

26.	A administração está fazendo um bom trabalho
27.	Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa:
28.	Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho
Domínio 6 – Condição de trabalho	
30.	Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe
31.	Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas estão disponível rotineiramente para mim
32.	Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados
Questões sem domínio próprio	
14.	Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração
33.	Eu vivencio boa colaboração com os enfermeiros nesta área
34.	Eu vivencio boa colaboração com a equipe médica nesta área
35.	Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área
36.	Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns (Reversa)

Fonte: Santiago, 2015

APÊNDICE VI - Correlações Inter domínios e idade – SAQ *short form*

		Idade	% Domínio 1	% Domínio 2	% Domínio 3	% Domínio 4	% d 5.1	% d5.2	% d6	Total	
rô de Spearman	Idade	Coef. de Correlação	1,000	0,020	0,015	0,065	-0,015	0,078	0,035	,169**	0,062
		Sig. (2 extremidades)		0,723	0,792	0,254	0,794	0,170	0,536	0,003	0,276
		N	313	313	313	313	313	313	313	313	313
	% domínio 1	Coef. de Correlação	0,020	1,000	,715**	,683**	0,027	,432**	,431**	,630**	,829**
		Sig. (2 extremidades)	0,723		0,000	0,000	0,630	0,000	0,000	0,000	0,000
		N	313	313	313	313	313	313	313	313	313
	% domínio 2	Coef. de Correlação	0,015	,715**	1,000	,575**	0,049	,406**	,416**	,489**	,766**
		Sig. (2 extremidades)	0,792	0,000		0,000	0,391	0,000	0,000	0,000	0,000
		N	313	313	313	313	313	313	313	313	313
	% domínio 3	Coef. de Correlação	0,065	,683**	,575**	1,000	0,079	,369**	,397**	,544**	,744**
		Sig. (2 extremidades)	0,254	0,000	0,000		0,166	0,000	0,000	0,000	0,000
		N	313	313	313	313	313	313	313	313	313
	% domínio 4	Coef. de Correlação	-0,015	0,027	0,049	0,079	1,000	0,108	,131*	0,056	,237**
		Sig. (2 extremidades)	0,794	0,630	0,391	0,166		0,057	0,021	0,324	0,000
		N	313	313	313	313	313	313	313	313	313
	% d 5.1	Coef. de Correlação	0,078	,432**	,406**	,369**	0,108	1,000	,800**	,564**	,736**
		Sig. (2 extremidades)	0,170	0,000	0,000	0,000	0,057		0,000	0,000	0,000
		N	313	313	313	313	313	313	313	313	313
% d5.2	Coef. de Correlação	0,035	,431**	,416**	,397**	,131*	,800**	1,000	,562**	,750**	
	Sig. (2 extremidades)	0,536	0,000	0,000	0,000	0,021	0,000		0,000	0,000	
	N	313	313	313	313	313	313	313	313	313	
% d6	Coef. de Correlação	,169**	,630**	,489**	,544**	0,056	,564**	,562**	1,000	,755**	
	Sig. (2 extremidades)	0,003	0,000	0,000	0,000	0,324	0,000	0,000		0,000	
	N	313	313	313	313	313	313	313	313	313	
total	Coef. de Correlação	0,062	,829**	,766**	,744**	,237**	,736**	,750**	,755**	1,000	
	Sig. (2 extremidades)	0,276	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
	N	313	313	313	313	313	313	313	313	313	

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Fonte: Autoria própria

APENDICE VII - Correlações Inter dimensões e idade – HSOPSC

		Idade	D1 - Trabalho em equipe dentro das unidades	D2 - Expectativa sobre a chefia	D3 - Aprendizado organizacional	D4 - Apoio da gestão para a segurança	D5 - Percepção geral da segurança do paciente	D6 - Retorno da informação	
Rô de Spearman	Idade	Coef. de Correlação	1,000	0,070	0,030	0,104	0,039	,190**	0,029
		Sig. (2 extremidades)		0,219	0,603	0,066	0,494	0,001	0,608
		N	313	313	313	313	313	313	313
	D1 - Trabalho em equipe dentro das unidades	Coef. de Correlação	0,070	1,000	,278**	,435**	,283**	,250**	,332**
		Sig. (2 extremidades)	0,219		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
		N	313	313	313	313	313	313	313
	D2 - Expectativa sobre a chefia	Coef. de Correlação	0,030	,278**	1,000	,379**	,368**	,311**	,388**
		Sig. (2 extremidades)	0,603	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000
		N	313	313	313	313	313	313	313
	D3 - Aprendizado organizacional	Coef. de Correlação	0,104	,435**	,379**	1,000	,376**	,337**	,464**
		Sig. (2 extremidades)	0,066	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000
		N	313	313	313	313	313	313	313
	D4 - Apoio da gestão para a segurança	Coef. de Correlação	0,039	,283**	,368**	,376**	1,000	,337**	,420**
		Sig. (2 extremidades)	0,494	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000
		N	313	313	313	313	313	313	313
	D5 - Percepção geral da segurança do paciente	Coef. de Correlação	,190**	,250**	,311**	,337**	,337**	1,000	,235**
		Sig. (2 extremidades)	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000
		N	313	313	313	313	313	313	313
D6 - Retorno da informação	Coef. de Correlação	0,029	,332**	,388**	,464**	,420**	,235**	1,000	
	Sig. (2 extremidades)	0,608	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
	N	313	313	313	313	313	313	313	
D7 - Abertura da comunicação	Coef. de Correlação	0,029	,352**	,422**	,354**	,284**	,288**	,434**	
	Sig. (2 extremidades)	0,613	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	313	313	313	313	313	313	313	
D8 - Freq. de relato de eventos	Coef. de Correlação	,114*	,222**	,300**	,263**	,377**	,279**	,285**	
	Sig. (2 extremidades)	0,045	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	313	313	313	313	313	313	313	
D9 - Trabalho em equipe entre as unidades	Coef. de Correlação	,115*	,242**	,371**	,297**	,490**	,364**	,248**	
	Sig. (2 extremidades)	0,042	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	313	313	313	313	313	313	313	

Continua...

...Continuação

D10 - Adequação de profissionais	Coef. de Correlação	,151**	,180**	,315**	0,079	,140*	,311**	,162**
	Sig. (2 extremidades)	0,007	0,001	0,000	0,166	0,013	0,000	0,004
	N	313	313	313	313	313	313	313
D11 - Passagem de plantão ou transferências	Coef. de Correlação	0,056	,209**	,337**	,233**	,401**	,312**	,178**
	Sig. (2 extremidades)	0,319	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002
	N	313	313	313	313	313	313	313
D12 - Respostas não punitivas aos erros	Coef. de Correlação	0,108	0,072	,193**	0,078	0,052	,307**	0,001
	Sig. (2 extremidades)	0,056	0,203	0,001	0,168	0,362	0,000	0,983
	N	313	313	313	313	313	313	313
Total	Coef. de Correlação	,148**	,557**	,681**	,598**	,651**	,609**	,580**
	Sig. (2 extremidades)	0,009	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	313	313	313	313	313	313	313

		D7 - Abertura da comunicação	D8 - Freq. de relato de eventos	D9 - Trabalho em equipe entre as unidades	D10 - Adequação de profissionais	D11 - Passagem de plantão ou transferências	D12 - Respostas não punitivas aos erros	Total	
Rô de Spearman	Idade	Coef. de Correlação	0,029	,114*	,115*	,151**	0,056	0,108	,148**
		Sig. (2 extremidades)	0,613	0,045	0,042	0,007	0,319	0,056	0,009
		N	313	313	313	313	313	313	313
	D1 - Trabalho em equipe dentro das unidades	Coef. de Correlação	,352**	,222**	,242**	,180**	,209**	0,072	,557**
		Sig. (2 extremidades)	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,203	0,000
		N	313	313	313	313	313	313	313
	D2 - Expectativa sobre a chefia	Coef. de Correlação	,422**	,300**	,371**	,315**	,337**	,193**	,681**
		Sig. (2 extremidades)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000
		N	313	313	313	313	313	313	313
	D3 - Aprendizado organizacional	Coef. de Correlação	,354**	,263**	,297**	0,079	,233**	0,078	,598**
		Sig. (2 extremidades)	0,000	0,000	0,000	0,166	0,000	0,168	0,000
		N	313	313	313	313	313	313	313
	D4 - Apoio da gestão para a segurança	Coef. de Correlação	,284**	,377**	,490**	,140*	,401**	0,052	,651**
		Sig. (2 extremidades)	0,000	0,000	0,000	0,013	0,000	0,362	0,000
		N	313	313	313	313	313	313	313
D5 - Percepção geral da segurança do paciente	Coef. de Correlação	,288**	,279**	,364**	,311**	,312**	,307**	,609**	
	Sig. (2 extremidades)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	313	313	313	313	313	313	313	

Continua...

APÊNDICE VIII – Dados demográficos versus dimensões - HSOPSC

		D1 - Trabalho em equipe dentro das unidades			D2 - Expectativa sobre a chefia			D3 - Aprendizado organizacional			D4 - Apoio da gestão para a segurança						
		P 25	Med	P 75	P 25	Med	P 75	P 25	Med	P 75	P 25	Med	P 75				
Sexo	Masculino	50,00	75,00	100,00	0,933	25,00	50,00	100,00	0,063	66,67	66,67	100,00	0,397	33,33	66,67	100,00	0,060
	Feminino	50,00	75,00	100,00		50,00	75,00	100,00		66,67	100,00	100,00		33,33	66,67	100,00	
Turno	Dia	50,00	75,00	100,00	0,173	50,00	75,00	100,00	0,195	66,67	83,33	100,00	0,765	33,33	66,67	100,00	0,857
	Noite	50,00	75,00	100,00		50,00	50,00	100,00		66,67	66,67	100,00		33,33	66,67	100,00	
Tempo de formação	Menor de 1 ano	0,00	75,00	100,00	0,875	0,00	25,00	50,00	0,077	33,33	50,00	66,67	0,370	0,00	50,00	100,00	0,442
	1 a 5 anos	50,00	75,00	100,00		50,00	75,00	100,00		66,67	66,67	100,00		33,33	66,67	100,00	
	6 a 10 anos	50,00	75,00	100,00		37,50	50,00	100,00		66,67	100,00	100,00		33,33	66,67	100,00	
	11 a 15 anos	50,00	75,00	100,00		50,00	50,00	100,00		33,33	66,67	100,00		33,33	66,67	100,00	
	16 a 20 anos	50,00	75,00	100,00		50,00	62,50	75,00		66,67	100,00	100,00		33,33	66,67	100,00	
	Acima de 20 anos	50,00	50,00	50,00		0,00	75,00	75,00		66,67	66,67	66,67		0,00	33,33	33,33	
Tempo de trabalho da instituição	Menor de 1 ano	50,00	75,00	100,00	0,471	50,00	75,00	100,00	0,564	50,00	100,00	100,00	0,996	33,33	66,67	100,00	0,220
	1 a 5 anos	50,00	75,00	100,00		50,00	50,00	100,00		66,67	66,67	100,00		33,33	66,67	100,00	
	6 a 10 anos	50,00	75,00	100,00		50,00	62,50	100,00		66,67	66,67	100,00		33,33	83,33	100,00	
	11 a 15 anos	50,00	100,00	100,00		50,00	75,00	100,00		66,67	83,33	100,00		33,33	83,33	100,00	
	16 a 20 anos	50,00	75,00	100,00		50,00	75,00	100,00		66,67	66,67	100,00		0,00	0,00	66,67	
	Acima de 20 anos	75,00	75,00	75,00		100,00	100,00	100,00		66,67	66,67	66,67		66,67	66,67	66,67	
Unidade assistencial	Internação	50,00	75,00 a	100,00	<0,001*	50,00	75,00	100,00	0,205	66,67	66,67	100,00	0,071	33,33	66,67	100,00	0,129
	UTI	25,00	50,00 b,d	100,00		25,00	50,00	100,00		33,33	66,67	100,00		33,33	66,67	100,00	
	CC	25,00	75,00 b	75,00		25,00	50,00	100,00		66,67	100,00	100,00		66,67	66,67	100,00	
	PS	25,00	75,00 a,b,f	100,00		50,00	75,00	100,00		66,67	66,67	100,00		33,33	66,67	100,00	
	UTI NEO	75,00	100,00 a,e	100,00		50,00	87,50	100,00		66,67	100,00	100,00		33,33	66,67	100,00	
	Radiologia	100,00	100,00 b,c	100,00		62,50	87,50	100,00		100,00	100,00	100,00		83,33	100,00	100,00	
	Maternidade	50,00	75,00 a,d	100,00		25,00	75,00	75,00		66,67	100,00	100,00		33,33	100,00	100,00	
Carga horaria semanal	12X36H	50,00	75,00	100,00	0,352	50,00	75,00	100,00	0,259	66,67	66,67	100,00	0,417	33,33	66,67	100,00	0,242
	44H	50,00	100,00	100,00		50,00	100,00	100,00		66,67	100,00	100,00		66,67	100,00	100,00	
Carga horaria diária	12H	50,00	75,00	100,00	0,267	50,00	75,00	100,00	0,269	66,67	66,67	100,00	0,388	33,33	66,67	100,00	0,178
	24H	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00		33,33	33,33	33,33		0,00	0,00	0,00	
	8H	50,00	75,00	100,00		25,00	50,00	100,00		66,67	66,67	100,00		0,00	66,67	100,00	
Vínculos profissionais	Um emprego	50,00	75,00	100,00	0,632	50,00	75,00	100,00	0,286	66,67	100,00	100,00	0,596	33,33	66,67	100,00	0,325
	Dois empregos	50,00	75,00	100,00		25,00	50,00	100,00		33,33	66,67	100,00		33,33	66,67	100,00	
	Mais de dois empregos	25,00	62,50	87,50		62,50	75,00	87,50		50,00	83,33	100,00		0,00	33,33	83,33	
Formação acadêmica	Enfermeiro	50,00	75,00	100,00	0,237	50,00	75,00	100,00	0,027*	66,67	83,33	100,00	0,958	33,33	66,67	100,00	0,321
	Técnico de enfermagem	50,00	75,00	100,00		50,00	50,00	100,00		66,67	66,67	100,00		33,33	66,67	100,00	

P 25 - Percentil 25; Med - Mediana; P 75 - Percentil 75* $p < 0,05$; Teste de kruskal-wallis. Letras diferentes denotam diferença estatística.

Continua...

		D5 - Percepção geral da segurança do paciente			D6 - Retorno da informação			D7 - Abertura da comunicação			D8 - Freq. de relato de eventos						
		P 25	Med	P 75	P 25	Med	P 75	P 25	Med	P 75	P 25	Med	P 75				
Sexo	Masculino	25,00	50,00	50,00	0,091	33,33	66,67	100,00	0,383	0,00	33,33	66,67	0,623	0,00	33,33	100,00	0,089
	Feminino	25,00	50,00	75,00		33,33	66,67	100,00		0,00	33,33	66,67		33,33	66,67	100,00	
Turno	Dia	25,00	50,00	75,00	0,609	33,33	66,67	100,00	0,513	33,33	33,33	66,67	0,715	0,00	100,00	100,00	0,130
	Noite	25,00	50,00	75,00		33,33	66,67	100,00		0,00	33,33	66,67		0,00	66,67	100,00	
Tempo de formação	Menor de 1 ano	25,00	25,00	25,00	0,059	0,00	66,67	100,00	0,645	0,00	33,33	66,67	0,628	0,00	16,67	100,00	0,712
	1 a 5 anos	25,00	50,00	75,00		33,33	66,67	100,00		0,00	33,33	66,67		33,33	66,67	100,00	
	6 a 10 anos	25,00	50,00	75,00		33,33	66,67	100,00		0,00	33,33	66,67		0,00	100,00	100,00	
	11 a 15 anos	25,00	50,00	75,00		33,33	66,67	100,00		33,33	33,33	66,67		0,00	66,67	100,00	
	16 a 20 anos	25,00	50,00	75,00		66,67	83,33	100,00		0,00	33,33	33,33		33,33	100,00	100,00	
Tempo de trabalho da instituição	Acima de 20 anos	75,00	75,00	100,00		33,33	33,33	66,67		33,33	33,33	33,33		0,00	33,33	66,67	
	Menor de 1 ano	25,00	50,00	75,00	0,058	33,33	66,67	100,00	0,980	33,33	66,67	66,67	0,278	33,33	100,00 a,b	100,00	0,015*
	1 a 5 anos	25,00	50,00	75,00		33,33	66,67	100,00		0,00	33,33	66,67		0,00	33,33 a,b	100,00	
	6 a 10 anos	50,00	50,00	75,00		33,33	66,67	100,00		16,67	33,33	66,67		50,00	100,00 a	100,00	
	11 a 15 anos	50,00	62,50	75,00		33,33	50,00	100,00		0,00	16,67	33,33		66,67	100,00 a,b	100,00	
Unidade assistencial	16 a 20 anos	50,00	75,00	75,00		66,67	66,67	100,00		33,33	33,33	33,33		33,33	100,00 a,b	100,00	
	Acima de 20 anos	50,00	50,00	50,00		66,67	66,67	66,67		66,67	66,67	66,67		0,00	0,00 a,b	0,00	
	Internação	25,00	50,00	75,00	0,075	66,67	66,67 a	100,00	0,001*	0,00	33,33 a	66,67	0,039*	33,33	66,67	100,00	0,720
	UTI	25,00	50,00	75,00		33,33	66,67 b	100,00		0,00	33,33 b,c	66,67		0,00	100,00	100,00	
	CC	25,00	50,00	75,00		33,33	66,67 a,b	100,00		33,33	33,33 a,b,c	66,67		0,00	100,00	100,00	
Carga horaria semanal	PS	25,00	25,00	75,00		33,33	33,33 b,c,d	66,67		33,33	33,33 a,b,c	66,67		0,00	33,33	100,00	
	UTI NEO	25,00	50,00	75,00		66,67	66,67 a,b	100,00		33,33	33,33 a,b	66,67		66,67	83,33	100,00	
	Radiologia	62,50	75,00	87,50		83,33	100,00 a	100,00		66,67	66,67 b	100,00		50,00	100,00	100,00	
	Maternidade	25,00	50,00	75,00		33,33	66,67 a,b,c	66,67		0,00	33,33 a,b,c	66,67		33,33	100,00	100,00	
	12X36H	25,00	50,00	75,00	0,523	33,33	66,67	100,00	0,236	0,00	33,33	66,67	0,075	0,00	66,67	100,00	0,434
Carga horaria diária	44H	50,00	50,00	75,00		66,67	100,00	100,00		33,33	100,00	100,00		33,33	100,00	100,00	
	12H	25,00	50,00	75,00	0,472	33,33	66,67	100,00	0,296	0,00	33,33	66,67	0,400	0,00	66,67	100,00	0,296
	24H	25,00	25,00	25,00		0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	
Vínculos profissionais	8H	25,00	50,00	50,00		66,67	66,67	100,00		33,33	33,33	33,33		0,00	33,33	100,00	
	Um emprego	25,00	50,00	75,00	0,967	33,33	66,67	100,00	0,180	0,00	33,33	66,67	0,210	33,33	66,67	100,00	0,219
	Dois empregos	25,00	50,00	75,00		33,33	66,67	100,00		0,00	33,33	66,67		0,00	33,33	100,00	
Formação acadêmica	Mais de dois empregos	25,00	37,50	75,00		16,67	33,33	50,00		16,67	33,33	33,33		0,00	50,00	100,00	
	Enfermeiro	25,00	50,00	50,00	0,004*	33,33	66,67	100,00	0,863	33,33	33,33	66,67	0,725	0,00	66,67	100,00	0,623
	Técnico de enfermagem	25,00	50,00	75,00		33,33	66,67	100,00		0,00	33,33	66,67		33,33	66,67	100,00	

P 25 - Percentil 25; Med - Mediana; P 75 - Percentil 75* $p < 0,05$; Teste de kruskal-wallis. Letras diferentes denotam diferença estatística.

Conclusão

		D9 - Trabalho em equipe entre as unidades			D10 - Adequação de profissionais			D11 - Passagem de plantão ou transferências			D12 - Respostas não punitivas aos erros			Total							
		P 25	Med	P 75		P 25	Med	P 75		P 25	Med	P 75		P 25	Med	P 75		P 25	Med	P 75	
Sexo	Masculino	25,00	50,00	75,00	0,497	25,00	25,00	50,00	0,213	25,00	50,00	75,00	0,841	0,00	0,00	33,33	0,890	38,10	47,62	66,67	0,225
	Feminino	25,00	50,00	75,00		25,00	25,00	50,00		25,00	50,00	75,00		0,00	0,00	33,33		40,48	52,38	66,67	
Turno	Dia	25,00	50,00	75,00	0,115	25,00	25,00	50,00	0,862	25,00	50,00	75,00	0,703	0,00	0,00	33,33	0,925	38,10	52,38	66,67	0,588
	Noite	25,00	50,00	75,00		0,00	25,00	50,00		25,00	50,00	75,00		0,00	0,00	33,33		40,48	50,00	64,29	
Tempo de formação	Menor de 1 ano	0,00	25,00	50,00	0,293	0,00	12,50	25,00	0,212	0,00	12,50	25,00	0,232	0,00	0,00	0,00	0,182	11,90	35,71	40,48	0,229
	1 a 5 anos	25,00	50,00	75,00		25,00	25,00	50,00		0,00	25,00	75,00		0,00	0,00	33,33		38,10	52,38	66,67	
	6 a 10 anos	25,00	50,00	75,00		25,00	25,00	50,00		25,00	50,00	75,00		0,00	33,33	33,33		40,48	52,38	69,05	
	11 a 15 anos	25,00	50,00	75,00		0,00	25,00	50,00		0,00	50,00	75,00		0,00	0,00	33,33		40,48	50,00	66,67	
	16 a 20 anos	25,00	50,00	75,00		25,00	37,50	50,00		25,00	25,00	75,00		0,00	0,00	66,67		42,86	52,38	66,67	
	Acima de 20 anos	0,00	50,00	50,00		50,00	50,00	50,00		50,00	50,00	75,00		0,00	33,33	66,67		47,62	47,62	59,52	
Tempo de trabalho da instituição	Menor de 1 ano	25,00	50,00	87,50	0,109	25,00	25,00	50,00	0,195	12,50	50,00	75,00	0,374	0,00	33,33	33,33	0,261	39,29	59,52	73,81	0,161
	1 a 5 anos	25,00	50,00	75,00		25,00	25,00	50,00		0,00	50,00	75,00		0,00	0,00	33,33		38,10	47,62	64,29	
	6 a 10 anos	25,00	50,00	75,00		0,00	25,00	50,00		25,00	50,00	50,00		0,00	0,00	33,33		44,05	53,57	69,05	
	11 a 15 anos	50,00	75,00	75,00		25,00	37,50	75,00		25,00	50,00	75,00		0,00	16,67	66,67		47,62	58,33	71,43	
	16 a 20 anos	0,00	50,00	50,00		50,00	50,00	75,00		0,00	0,00	75,00		33,33	33,33	66,67		52,38	54,76	59,52	
	Acima de 20 anos	50,00	50,00	50,00		0,00	0,00	0,00		75,00	75,00	75,00		0,00	0,00	0,00		52,38	52,38	52,38	
Unidade assistencial	Internação	25,00	50,00	75,00	0,600	25,00	25,00	50,00	0,421	0,00	25,00	75,00	0,716	0,00	0,00	33,33	0,252	40,48	50,00	66,67	0,076
	UTI	25,00	50,00	75,00		25,00	25,00	50,00		0,00	50,00	75,00		0,00	0,00	33,33		35,71	47,62	61,90	
	CC	25,00	50,00	75,00		25,00	25,00	50,00		25,00	50,00	75,00		0,00	0,00	33,33		40,48	50,00	66,67	
	PS	25,00	50,00	75,00		25,00	25,00	50,00		25,00	50,00	75,00		0,00	0,00	33,33		38,10	54,76	66,67	
	UTI NEO	0,00	50,00	75,00		25,00	37,50	50,00		25,00	25,00	75,00		0,00	0,00	33,33		45,24	57,14	69,05	
	Radiologia	37,50	62,50	100,00		37,50	50,00	50,00		25,00	50,00	100,00		0,00	16,67	33,33		61,90	67,86	89,29	
	Maternidade	25,00	50,00	75,00		0,00	25,00	50,00		0,00	25,00	75,00		0,00	33,33	66,67		38,10	47,62	71,43	
Carga horaria semanal	12X36H	25,00	50,00	75,00	0,670	25,00	25,00	50,00	0,532	25,00	50,00	75,00	0,094	0,00	0,00	33,33	0,892	40,48	50,00	66,67	0,097
	44H	50,00	50,00	75,00		0,00	50,00	100,00		50,00	75,00	100,00		0,00	0,00	66,67		59,52	66,67	85,71	
Carga horaria diária	12H	25,00	50,00	75,00	0,546	25,00	25,00	50,00	0,549	25,00	50,00	75,00	0,950	0,00	0,00	33,33	0,504	40,48	52,38	66,67	0,222
	24H	50,00	50,00	50,00		25,00	25,00	25,00		50,00	50,00	50,00		0,00	0,00	0,00		16,67	16,67	16,67	
	8H	25,00	50,00	50,00		25,00	50,00	50,00		25,00	25,00	75,00		0,00	0,00	33,33		30,95	47,62	59,52	
Vínculos profissionais	Um emprego	25,00	50,00 a	75,00	0,05*	25,00	25,00	50,00	0,924	25,00	50,00	75,00	0,819	0,00	0,00 a	33,33	0,023*	40,48	52,38	66,67	0,319
	Dois empregos	25,00	37,50 b	75,00		25,00	25,00	50,00		25,00	37,50	75,00		0,00	0,00 b	33,33		35,71	48,81	64,29	
	Mais de dois empregos	25,00	75,00 a,b	100,00		25,00	25,00	37,50		37,50	50,00	62,50		33,33	33,33 c,a	50,00		42,86	46,43	57,14	
Formação acadêmica	Enfermeiro	25,00	50,00	75,00	0,842	25,00	25,00	50,00	0,412	25,00	50,00	75,00	0,992	0,00	16,67	33,33	0,496	38,10	52,38	69,05	0,699
	Técnico de enfermagem	25,00	50,00	75,00		25,00	25,00	50,00		25,00	50,00	75,00		0,00	0,00	33,33		40,48	50,00	66,67	

P 25 - Percentil 25; Med - Mediana; P 75 - Percentil 75* $p < 0,05$; Teste de kruskal-wallis. Letras diferentes denotam diferença estatística.

APÊNDICE IX – Dados demográficos versus dimensões - SAQ

		D1 - Clima de trabalho em equipe			D2 - Clima de segurança			D3 - Satisfação no trabalho			D4 - Percepção do estresse						
		P 25	Med	P 75	P 25	Med	P 75	P 25	Med	P 75	P 25	Med	P 75				
Sexo	Masculino	55,56	66,67	83,33	0,548	53,13	62,50	75,00	0,969	65,00	75,00	95,00	0,484	50,00	75,00	87,50	0,382
	Feminino	52,78	72,22	83,33		50,00	65,63	75,00		65,00	80,00	95,00		50,00	68,75	87,50	
Turno	Dia	52,78	72,22	83,33	0,953	50,00	65,63	75,00	0,239	65,00	80,00	95,00	0,932	50,00	75,00	87,50	0,147
	Noite	52,78	69,44	83,33		50,00	62,50	75,00		65,00	80,00	95,00		50,00	62,50	81,25	
Tempo de formação	Menor de 1 ano	50,00	52,78 a	69,44	0,024*	50,00	53,13	71,88	0,103	50,00	60,00	95,00	0,825	50,00	59,38	87,50	0,828
	1 a 5 anos	55,56	72,22 a	83,33		50,00	65,63	75,00		65,00	80,00	95,00		50,00	75,00	87,50	
	6 a 10 anos	61,11	72,22 a	88,89		53,13	65,63	78,13		70,00	80,00	95,00		43,75	68,75	87,50	
	11 a 15 anos	41,67	61,11 a,b	83,33		43,75	65,63	78,13		65,00	80,00	100,00		56,25	68,75	100,00	
	16 a 20 anos	44,44	69,44 a	80,56		43,75	56,25	68,75		50,00	77,50	100,00		50,00	68,75	81,25	
Tempo de trabalho da instituição	Acima de 20 anos	44,44	50,00 a,b	61,11		43,75	50,00	59,38		50,00	75,00	95,00		50,00	75,00	81,25	
	Menor de 1 ano	54,17	70,83	87,50	0,133	50,00	64,06	78,13	0,098	62,50	85,00	95,00	0,412	43,75	56,25	75,00	0,301
	1 a 5 anos	52,78	69,44	83,33		50,00	65,63	71,88		65,00	80,00	95,00		50,00	75,00	87,50	
	6 a 10 anos	56,94	72,22	88,89		50,00	70,31	82,81		65,00	82,50	100,00		50,00	75,00	87,50	
	11 a 15 anos	50,00	63,89	80,56		62,50	68,75	75,00		75,00	85,00	100,00		50,00	65,63	100,00	
Unidade assistencial	16 a 20 anos	16,67	44,44	52,78		25,00	34,38	50,00		20,00	40,00	100,00		25,00	81,25	87,50	
	Acima de 20 anos	86,11	86,11	86,11		68,75	68,75	68,75		40,00	40,00	40,00		81,25	81,25	81,25	
	Internação	55,56	75,00 b,c	83,33	0,006*	50,00	62,50 a	75,00	0,006*	65,00	80,00 a	95,00	0,022*	50,00	68,75	87,50	0,552
	UTI	50,00	63,88 a	77,78		46,88	62,50 a	71,88		55,00	70,00 b	95,00		50,00	75,00	81,25	
	CC	61,11	72,22 a,c	83,33		53,13	71,87 a,c	75,00		75,00	80,00 a	95,00		43,75	68,75	81,25	
Carga horaria semanal	PS	50,00	58,33 a	75,00		43,75	59,37 a	65,63		70,00	85,00 a	100,00		56,25	75,00	87,50	
	UTI NEO	66,67	72,22 b,c	88,89		56,25	70,31 b,c	84,38		75,00	87,50 a	100,00		43,75	62,50	75,00	
	Radiologia	75,00	83,33 b,c	83,33		67,19	84,37 b	85,94		82,50	85,00 a,b	92,50		53,13	81,25	87,50	
	Maternidade	63,89	80,55 b,c	91,67		56,25	68,75 a,c	78,13		65,00	95,00 a	100,00		43,75	75,00	87,50	
	12X36H	52,78	69,44	83,33	0,020*	50,00	65,63	75,00	0,014*	65,00	80,00	95,00	0,017*	50,00	68,75	87,50	0,117
Carga horaria diária	44H	86,11	91,67	97,22		78,13	87,50	90,63		100,00	100,00	100,00		75,00	87,50	100,00	
	12H	52,78	69,44	83,33	0,248	50,00	65,63	75,00	0,270	65,00	80,00	95,00	0,397	50,00	68,75	87,50	0,080
Vínculos profissionais	24H	25,00	25,00	25,00		31,25	31,25	31,25		70,00	70,00	70,00		100,00	100,00	100,00	
	8H	52,78	77,78	86,11		53,13	65,63	78,13		70,00	90,00	100,00		68,75	81,25	100,00	
	Um emprego	55,56	72,22	83,33	0,467	50,00	65,63	75,00	0,190	65,00	80,00	95,00	0,445	50,00	68,75	87,50	0,286
Formação acadêmica	Dois empregos	50,00	66,67	83,33		50,00	62,50	71,88		65,00	80,00	95,00		50,00	68,75	87,50	
	Mais de dois empregos	52,78	66,67	81,94		42,19	53,13	71,88		42,50	65,00	85,00		78,13	81,25	90,63	
	Enfermeiro	55,56	69,44	83,33	0,978	53,13	65,63	75,00	0,515	65,00	80,00	100,00	0,884	50,00	75,00	93,75	0,049*
	Técnico de enfermagem	52,78	72,22	83,33		50,00	65,63	75,00		65,00	80,00	95,00		50,00	68,75	87,50	

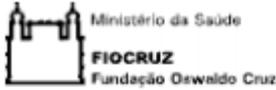
P 25 - Percentil 25; Med - Mediana; P 75 - Percentil 75* $p < 0,05$; Teste de kruskal-wallis. Letras diferentes denotam diferença estatística.

Conclusão...

		D5.1 - Percepção da gerencia da unidade				D5.2 - Percepção da gerencia do hospital				D6 – Condições de trabalho			Total				
		P 25	Med	P 75		P 25	Med	P 75		P 25	Med	P 75	P 25	Med	P 75		
Sexo	Masculino	41,67	54,17	66,67	0,258	45,83	54,17	66,67	0,378	50,00	66,67	83,33	0,860	56,10	62,80	73,78	0,662
	Feminino	45,83	58,33	70,83		45,83	58,33	70,83		50,00	66,67	83,33		54,88	67,07	75,61	
Turno	Dia	45,83	58,33	70,83	0,690	45,83	58,33	70,83	0,305	50,00	66,67	83,33	0,710	56,10	66,77	75,00	0,631
	Noite	41,67	58,33	70,83		45,83	58,33	66,67		50,00	66,67	83,33		53,05	66,46	75,00	
Tempo de formação	Menor de 1 ano	50,00	52,08	54,17	0,816	50,00	50,00	50,00	0,530	50,00	58,33	83,33	0,470	50,00	55,49	70,12	0,360
	1 a 5 anos	45,83	58,33	66,67		50,00	58,33	70,83		50,00	66,67	83,33		56,10	66,46	73,78	
	6 a 10 anos	45,83	58,33	75,00		45,83	58,33	70,83		50,00	66,67	87,50		57,32	68,29	75,91	
	11 a 15 anos	41,67	58,33	75,00		45,83	58,33	66,67		41,67	75,00	100,00		50,00	65,24	78,66	
	16 a 20 anos	41,67	52,08	75,00		45,83	50,00	70,83		33,33	50,00	75,00		50,00	61,59	73,17	
Tempo de trabalho da instituição	Acima de 20 anos	50,00	50,00	54,17		45,83	50,00	54,17		58,33	83,33	83,33		50,00	57,32	61,59	
	Menor de 1 ano	50,00	58,33	70,83	0,724	50,00	54,17	66,67	0,952	54,17	75,00	91,67	0,130	56,71	67,07	77,13	0,453
	1 a 5 anos	41,67	58,33	66,67		45,83	58,33	70,83		50,00	66,67	83,33		54,88	65,85	73,78	
	6 a 10 anos	50,00	56,25	75,00		47,92	58,33	72,92		54,17	66,67	95,83		57,01	69,51	79,27	
	11 a 15 anos	50,00	66,67	75,00		50,00	64,58	70,83		50,00	66,67	100,00		50,00	69,21	81,10	
Unidade assistencial	16 a 20 anos	0,00	50,00	75,00		0,00	66,67	70,83		25,00	75,00	100,00		15,24	60,98	61,59	
	Acima de 20 anos	58,33	58,33	58,33		50,00	50,00	50,00		41,67	41,67	41,67		64,02	64,02	64,02	
	Internação	41,67	58,33	75,00	0,462	50,00	58,33	70,83	0,260	50,00	75,00 a	91,67	0,047*	54,27	68,90 a	77,44	0,030*
	UTI Adulto	45,83	54,17	66,67		41,67	54,17	62,50		50,00	58,33 b	75,00		51,22	62,20 b	70,73	
	CC	45,83	54,17	70,83		50,00	58,33	70,83		58,33	66,67 a,b	83,33		59,15	67,07 a,b	76,22	
	PS	41,67	50,00	66,67		41,67	50,00	66,67		50,00	58,33 a,b	75,00		52,44	59,15 a,b	71,95	
	UTI NEO	50,00	64,58	75,00		50,00	58,33	79,17		58,33	70,83 a	100,00		62,80	68,60 a,c	74,39	
	Radiologia	54,17	56,25	64,58		60,42	62,50	66,67		54,17	58,33 a,b	83,33		68,29	73,17 a,c	75,00	
Carga horaria semanal	Maternidade	54,17	58,33	66,67		50,00	58,33	70,83		50,00	66,66 a,b	100,00		54,88	73,78 a	79,27	
	12X36H	45,83	58,33	70,83	0,058	45,83	58,33	70,83	0,299	50,00	66,67	83,33	0,030*	54,88	66,46	74,39	0,010*
Carga horaria diária	44H	58,33	87,50	100,00		50,00	70,83	87,50		83,33	100,00	100,00		78,66	88,41	92,68	
	12H	45,83	58,33	70,83	0,197	45,83	58,33	70,83	0,627	50,00	66,67	83,33	0,256	55,49	66,46	75,00	0,264
	24H	41,67	41,67	41,67		45,83	45,83	45,83		25,00	25,00	25,00		44,51	44,51	44,51	
Vínculos profissionais	8H	58,33	66,67	75,00		45,83	54,17	75,00		41,67	50,00	83,33		53,05	71,95	82,32	
	Um emprego	45,83	58,33	70,83	0,801	45,83	58,33	70,83	0,842	50,00	66,67	83,33	0,170	55,49	67,07	75,61	0,890
	Dois empregos	41,67	54,17	75,00		45,83	54,17	70,83		50,00	70,83	91,67		51,22	66,16	73,78	
Formação acadêmica	Mais de dois empregos	54,17	62,50	70,83		47,92	52,08	60,42		79,17	87,50	95,83		58,23	62,80	72,56	
	Enfermeiro	50,00	62,50	75,00	0,017*	45,83	58,33	75,00	0,267	50,00	66,67	91,67	0,777	56,10	67,07	79,27	0,195
	Técnico de enfermagem	41,67	54,17	70,83		45,83	58,33	70,83		50,00	66,67	83,33		54,88	66,46	73,78	

P 25 - Percentil 25; Med - Mediana; P 75 - Percentil 75 *p<0,05; Teste de kruskal-wallis. Letras diferentes denotam diferença estatística.

ANEXO II - HSOPSC – Layout validado no Brasil



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.

SECÃO 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

SECÃO 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

SECÃO 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 trabalhemos 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

SECÃO 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

SECÃO D: Frequência de eventos relatados

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

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

SECÃO 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

SECÃO 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

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:

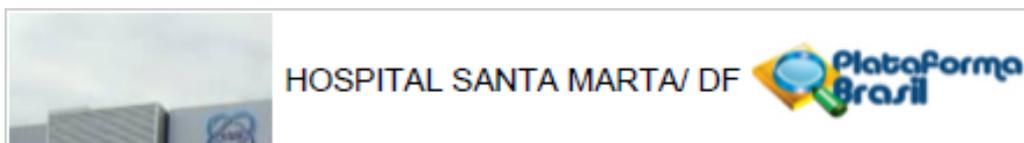
- a. Feminino
- b. Masculino

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.

ANEXO III – CAAE Parecer De Aprovação Consubstanciado Ao CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação do impacto de capacitação profissional nos indicadores de eventos adversos em uma instituição hospitalar privada

Pesquisador: Lucas Barbosa de Aguiar

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 84424218.8.0000.8101

Instituição Proponente: HOSPITAL SANTA MARTA LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.212.971

Apresentação do Projeto:

De acordo com o projeto encaminhado as informações foram retiradas do documento "informações básicas do projeto":

Resumo:

A segurança do paciente surge de um cenário de somatório de eventos adversos com consequências diretas ao paciente. Um a cada dez pacientes nos EUA tem um evento adverso durante a internação, assim como uma em cada duas cirurgias tem uma falha no processo de medicação. Ao estender a análise para o mundo temos anualmente uma média de 421 milhões de internações e dessas estão relacionados 42,7 milhões de eventos 1-3. Atuar sobre a incidência desses eventos é trabalhar a qualidade hospitalar, mas para isso é necessário uma equipe assistencial capacitada que saiba reconhecer e atuar sobre a ocorrência desses eventos. Neste intuito este estudo se justifica pelo potencial de delinear um método de capacitação por meio do reconhecimento do perfil educacional com métodos qualitativos e comparar os efeitos diretos na prevalência de

indicadores assistenciais relacionadas as seis metas de segurança do paciente. Trata-se de um estudo analítico experimental antes e após com abordagem quali-quantitativa descritiva, que usará dados primários coletados no decorrer da pesquisa através de instrumento validado e dados secundários. O local do estudo será um hospital privado localizado no distrito federal de nível

Endereço: Setor E Sul área especial 01 e 17 Taguatinga Sul

Bairro: TAGUATINGA SUL (TAGUATINGA) **CEP:** 72.025-110

UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)3451-3000

E-mail: maria.rodriguez@smep.com.br



Continuação do Parecer: 3.212.971

terciário. A população será constituída pelos 130 enfermeiros assistenciais do hospital. A amostra será semi-probabilística e o cálculo amostral foi calculado considerando erro amostral de 5%, sendo assim uma amostra de 98 enfermeiros. O estudo se dará em quatro etapas. Os dados serão transcritos dos formulários e organizados no computador através do programa de planilhas Microsoft Excel®. O agrupamento será feito conforme o andamento da coleta, para cada etapa será alimentado as planilhas com os dados referentes, assim como o perfil profissional encontrado. Os dados qualitativos serão analisados por agrupamento de expressões chaves, proposto por Lefreve.

Hipótese:

A capacitação profissional pode interferir na medida dos indicadores hospitalares relacionados as metas internacionais de segurança do paciente.

Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo analítico experimental antes e após com abordagem qualiquantitativa descritiva, que usará dados primários coletados no decorrer da pesquisa através de instrumento validado e dados secundários. O local do estudo será um hospital privado localizado no distrito federal de nível terciário, o mesmo possui capacidade para 280 leitos apresenta um corpo clinico composto por médicos terceiros contratados, 130 enfermeiros assistenciais e aproximadamente 1500 técnicos de enfermagem. A população será constituída pelos 130 enfermeiros do hospital. A amostra será semi-probabilística e o cálculo amostral foi calculado considerando erro de 5%, sendo uma amostra de 98 enfermeiros. A alocação dos participantes será feita através de listagem por ordem alfabética da população onde serão atribuídos números sequenciais, depositados em recipiente e sorteados os sujeitos da amostra. O estudo se dará em 5 etapas. A primeira será o recrutamento através de divulgação com cartazes e visitas nos setores, a seleção dos participantes será por meio da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão já descritos, nesta etapa será feito um sorteio dentre todos os selecionados para participar de um grupo focal. A segunda etapa consistirá no recolhimento e contabilização dos indicadores assistenciais associados a eventos adversos, serão considerados todos os eventos associados às metas internacionais de segurança do paciente descritos pela Joint Comision International. Para a coleta destes indicadores será utilizado a ferramenta de gestão de ocorrências

Endereço: Setor E Sul área especial 01 e 17 Taguatinga Sul

Bairro: TAGUATINGA SUL (TAGUATINGA) CEP: 72.025-110

UF: DF Município: BRASILIA

Telefone: (61)3451-3000

E-mail: maria.rodrigues@smep.com.br



disponível no hospital selecionado A terceira etapa será a realização de grupo focal com o grupo pequeno de participantes sorteados dentre todos os enfermeiros assistenciais, no máximo 10 , respeitando a margem de saturação e garantindo a possibilidade de fala a todos os participantes, no início o mediador apresentará o detalhamento de todo o estudo e suas etapas e durante a condução será utilizado brainstorming para gerar temas iniciais de discussão seguido de perguntas norteadoras predelineadas pelo pesquisador:

- 1.O que é segurança do paciente pra você e como você se identifica na mesma?
- 2.O que são as metas internacionais de segurança do paciente?
- 3.O que é um evento adverso e como isso impacta no paciente?
- 4.O que você pode dizer sobre treinamentos abordando a temática de segurança do paciente?

A partir dessas perguntas surgirão respostas abertas que serão agrupadas por expressões chaves. Todo o grupo focal será gravado com dispositivo de gravação de áudio para posterior transcrição e agrupamento dos relatos, o tema mais citado será utilizado para elaboração de treinamento institucional personalizado. A quarta etapa será realizada com toda amostra selecionada para apresentar a pesquisa e suas etapas. Num primeiro momento será feita uma descrição sociodemográfica dos participantes através de questionário semiestruturado, avaliando: tempo de formação; tempo de serviço na instituição; unidade em que trabalha; carga horária semanal e diária; quantidade de vínculos profissionais; idade; sexo (masculino e feminino); formação acadêmica e; quantos treinamentos já realizaram na instituição sobre a temática(ANEXO I). Ainda nesta etapa antes da participação do treinamento haverá aplicação de um pré-teste (Questionário de Atitudes Seguras) já traduzido e validado no Brasil(ANEXO II)A quinta etapa é a realização de treinamento sobre a temática, a intervenção, considerando os pontos levantados no grupo focal, o treinamento será para a equipe de

enfermagem fornecido na própria instituição pelos enfermeiros do setor administrativo de segurança do paciente. O acompanhamento será feito pelo pesquisador e por um observador não participante.Após seis meses da capacitação será reaplicado o mesmo instrumento como um pós-teste com os enfermeiros avaliados anteriormente, buscando retratar o perfil de conhecimentos pós-treinamento, seguida da coleta dos indicadores garantindo duas medidas comparativa.

Critério de Inclusão:

Profissionais enfermeiros que trabalham na instituição independente do tempo de serviço e trabalhar diretamente na assistência.

Endereço: Setor E Sul área especial D1 e 17 Taguatinga Sul
Bairro: TAGUATINGA SUL (TAGUATINGA) CEP: 72.025-110
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3451-3000 E-mail: maria.rodrigues@smep.com.br



Continuação do Parecer: 3.212.971

Critério de Exclusão:

Funcionários que estiverem de licença, férias ou atestados no período de coleta e enfermeiros que desempenham papel assistencial/burocrático.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar impacto da capacitação profissional nos indicadores de eventos adversos em uma instituição hospitalar privada

Objetivo Secundário:

- Caracterizar sociodemograficamente os profissionais que trabalham do Hospital Privado.
- Determinar a prevalência de eventos adversos, em dois momentos, nos pacientes internos em um hospital privado no distrito federal.
- Descrever o grau de conhecimento dos enfermeiros sobre a classificação, avaliação e tratamento de lesões por pressão.
- Aplicar pré e pós-teste para avaliação de conhecimentos específicos com os profissionais enfermeiros de um hospital privado.
- Aplicar a intervenção educativa com os profissionais de saúde
- Avaliar o impacto da intervenção educativa na incidência de eventos adversos
- Realizar grupo focal com enfermeiros para determinar expressões-chave norteadoras
- Avaliar a cultura e clima de segurança de paciente dos profissionais de enfermagem de um hospital privado
- Analisar a cultura e clima de segurança do paciente de acordo com os dados sociodemográficos e caracterização profissional
- Correlacionar os domínios/dimensões de cultura e clima de segurança do paciente

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Risco de confundimento e constrangimento profissional, controlados pelo anonimato durante o preenchimento dos questionários e participação do grupo focal e treinamento. Outro risco que pode existir seria o vazamento de dados tanto dos profissionais quanto da instituição, quanto a isso o pesquisador se compromete e assegurar o sigilo absoluto sobre quaisquer informações.

Endereço: Setor E Sul área especial 01 e 17 Taguatinga Sul
Bairro: TAGUATINGA SUL (TAGUATINGA) **CEP:** 72.025-110
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3451-3000 **E-mail:** maria.rodrigues@ismep.com.br

**Benefícios:**

Reconhecimento de áreas assistenciais com fragilidades para segurança do paciente. Aumento da qualidade na assistência hospitalar ao paciente.

Aproximação dos profissionais assistenciais com a área da segurança do paciente gerando confiança para trabalho em equipe.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador encaminhou emenda ao projeto para conhecimento e avaliação deste CEP a modificação dos objetivos da pesquisa em relação ao projeto original já aprovado e avaliado com Número do Parecer: 2.638.845.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendem a Resolução CNS 466/2012.

Recomendações:

Em atendimento à Resolução CNS nº 466/2012, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos/HSM/DF, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta -se pela aprovação da emenda encaminhada.

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_131660_8_É1.pdf	20/03/2019 14:45:50		Aceito
Outros	emenda_cep.pdf	20/03/2019 14:43:27	Lucas Barbosa de Aguiar	Aceito
Outros	SAQ_Taduzido.pdf	28/04/2018 13:58:02	Lucas Barbosa de Aguiar	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.pdf	28/04/2018 13:57:08	Lucas Barbosa de Aguiar	Aceito

Endereço: Setor E Sul área especial 01 e 17 Taguatinga Sul
Bairro: TAGUATINGA SUL (TAGUATINGA) CEP: 72.025-110
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3451-3000 E-mail: maria.rodrigues@smep.com.br



HOSPITAL SANTA MARTA/ DF



Continuação do Parecer: 3.212.971

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Seguranca_do_paciente_VersaoPB.pdf	28/04/2018 13:56:19	Lucas Barbosa de Aguiar	Aceito
Outros	Declaracao_de_confidencialidade.pdf	28/04/2018 13:54:58	Lucas Barbosa de Aguiar	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_PB.pdf	06/03/2018 08:48:31	Lucas Barbosa de Aguiar	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_Plataforma.pdf	06/03/2018 08:40:47	Lucas Barbosa de Aguiar	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 21 de Março de 2019

Assinado por:

Maria Izabel Rodrigues Gouvêa
(Coordenador(a))

Endereço: Setor E Sul área especial 01 e 17 Taguatinga Sul

Bairro: TAGUATINGA SUL (TAGUATINGA) CEP: 72.025-110

UF: DF Município: BRASILIA

Telefone: (61)3451-3000

E-mail: maria.rodrigues@smep.com.br

ANEXO IV – Carta De Autorização Ao Hospital



Eu, **Marina Franco Oliveira de Faria** informo que estou ciente do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação do impacto de capacitação profissional nos indicadores de eventos adversos em uma instituição hospitalar privada”, a ser coordenado por **Lucas Barbosa de Aguiar**, sob orientação de Silvana Schwerz Funghetto.

Neste sentido autorizo a realização dos trabalhos relacionados a este projeto, neste setor (Gerencia De Segurança Do Paciente), considerando que estará de acordo com as normas desta instituição e do Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a Resolução N º 466 de 12/12/2012. O Início da pesquisa só se dará com a aprovação ética do CEP/HSM. Ciência da diretoria Técnica ISMEP e diretoria técnica HSM.

Taguatinga, 15 de fevereiro de 2018

Assinatura e Carimbo

Marina Franco O. de Faria
Gerente de Segurança do Paciente
COREN - 364.903
Hospital Santa Marta

Assinatura e carimbo

Dr. José Henrique Leal Araújo
Gestor do Setor
CRM-DF 4563
Coordenador Técnico
ISMEP
Coordenador Médico ISMEP

O Hospital Santa Marta está de acordo com a realização da pesquisa “Avaliação do impacto de capacitação profissional nos indicadores de eventos adversos em uma instituição hospitalar privada”, de responsabilidade do pesquisador **Lucas Barbosa de Aguiar**, para **Tese de dissertação de mestrado**, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. O Projeto de Pesquisa Ocorrerá com os enfermeiros assistenciais e Gerência De Segurança Do Paciente e envolve o uso de questionários e coleta de dados secundários. Tem duração de um ano, com previsão de início para abril de 2018. Fica o Pesquisador e Gestor da área cientes que qualquer publicação deve ter autorização e ciência da diretoria técnica do Hospital Santa Marta e do Instituto Santa Marta de Ensino e Pesquisa.

Taguatinga, 15 de fevereiro de 2018

Assinatura e Carimbo

Dr. Edvaldo Silva Lima
Diretor Técnico
CRM-DF 9009
CPF 382 696 474 61
Hospital Santa Marta
Diretor Médico-RT



ANEXO V – Declaração de confidencialidade do pesquisador

DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE

Eu, **Lucas Barbosa de Aguiar**, aluno de mestrado da universidade de Brasília, pesquisador na área da saúde, venho por meio deste garantir e certificar que me comprometo em manter sob sigilo todas as informações coletadas durante a realização da pesquisa: **“Avaliação do impacto de capacitação profissional nos indicadores de eventos adversos em uma instituição hospitalar privada”** e que apenas o pesquisador principal terá acesso ao banco de dados, de modo que toda informação seja guardada apenas para a condução da pesquisa e após um período de 5 anos serão destruídas.



Lucas Barbosa de Aguiar
Estatístico
COREN-DF 000.492.152

Assinatura do pesquisador

Taguatinga, 26 de abril de 2018

ANEXO VI – Carta de submissão do artigo

Revista Gaúcha de Enfermagem



CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NUM HOSPITAL PRIVADO DO DISTRITO FEDERAL

Journal:	<i>Revista Gaúcha de Enfermagem</i>
Manuscript ID	RGENF-2019-0056
Manuscript Type:	Original Article
Keywords - Please find additional keywords from the following lists: http://decs.bvs.br/ and http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh.:	Segurança do paciente, Cultura, Enfermagem, Percepção, Avaliação

SCHOLARONE™
Manuscripts