

CENTRO UNIVERSITÁRIO SAGRADO CORAÇÃO

MIGUEL DOS SANTOS ANDREO

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: a ótica dos profissionais de
enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva

BAURU

2022

MIGUEL DOS SANTOS ANDREO

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: a ótica dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem – Centro Universitário Sagrado Coração.

Orientadora: Prof.^a Ma. Mayara Fálco Faria.

BAURU

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com
ISBD

A555c

Andreo, Miguel Dos Santos

Cultura de segurança do paciente: a ótica dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva / Miguel Dos Santos Andreo. -- 2022.

63f. : il.

Orientadora: Prof.^a M.^a Mayara Fálco Faria

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)
- Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO - Bauru -
SP

1. Segurança do Paciente. 2. Gestão de Segurança. 3. Qualidade da Assistência à Saúde. 4. Enfermagem. 5. Unidade de Terapia Intensiva. I. Faria, Mayara Fálco. II. Título.

MIGUEL DOS SANTOS ANDREO

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: a ótica dos profissionais de
enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva

Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação apresentado como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem – Centro
Universitário Sagrado Coração.

Aprovado em: 06/12/2022.

Banca examinadora:

Enf.^a Ma. Bárbara Casarin Henrique Sanches
Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo – FOB/USP

Prof.^a Ma. Mayara Fálco Faria
Centro Universitário Sagrado Coração – UNISAGRADO

Enf.^a Ma. Silmara Jorge Garcia
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso à minha família, em especial, aos meus pais, Jocimare e Reginaldo, que abdicam seus sonhos em prol dos meus, que são minha inspiração, a minha fonte de amor e o meu alicerce.

AGRADECIMENTOS

Não foi fácil chegar até aqui. Foram cinco anos de luta, sacrifício, renúncias e dedicação. A trajetória foi desafiadora, mas apesar das dificuldades foi um processo marcado por novos conhecimentos, mudanças e oportunidades.

Assim, antes de tudo, agradeço à Deus pela minha vida, por iluminar meu caminho nessa jornada e por ter me sustentado até aqui, dando-me força, saúde e determinação para cumprir meus objetivos.

Talvez as palavras não sejam suficientes para expressar meus agradecimentos às pessoas cujas contribuições foram essenciais para a concretização dessa etapa da minha vida, mas de forma singela, agradeço:

À Professora Ma. Mayara Fálco Faria, minha orientadora, por todo incentivo, pelos ensinamentos, pelo conhecimento compartilhado e por ter sido fonte de inspiração para o desenvolvimento deste estudo. A você, meu respeito, admiração e eterna gratidão.

À Professora Dra. Márcia Aparecida Nuevo Gatti, Coordenadora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Sagrado Coração (UNISAGRADO), por todo apoio e auxílio na condução das etapas deste estudo.

Às professoras, Dra. Rita de Cássia Altino e Ma. Maria Fernanda Leite, por todo incentivo, por serem motivação, pelas oportunidades, pelas palavras necessárias, pelo reconhecimento, pela emoção compartilhada, pelo inestimável carinho e pela sabedoria que não se encontra nos livros. Por serem muito além de professoras...

A todos os docentes do curso de enfermagem do UNISAGRADO, por todos os anos de aprendizado, pelas aulas brilhantes e por serem excelência no que fazem.

Aos meus colegas de turma, por todos os momentos e conhecimentos compartilhados nesses últimos cinco anos. Em especial, as pessoas que estiveram mais próximas de mim durante a graduação: Bianca Guandalin, Daiane Martins, Franciny Rodrigues, Gabriela Ribeiro e Rafaela Cortez, obrigado pela acolhida, pela confiança, pelo carinho, apoio, incentivo, pelos trabalhos realizados juntos, pelos momentos de descontração, por acreditarem e torcerem por mim e por dividirem as angústias e inseguranças dessa trajetória. Vocês ficarão para sempre em meu coração.

Ao UNISAGRADO, pelo acolhimento, pelo ensino de qualidade e pelos frutos.

Aos meus amigos, pelas palavras de conforto quando necessário foi, por terem ouvido minhas reclamações, angústias, medos, dúvidas, vitórias... Obrigado pelo incentivo, apoio e carinho.

Aos meus queridos pais, Reginaldo e Jocimare, que para mim serão sempre referência de força, determinação, humildade e generosidade. Obrigado por possibilitarem a realização dessa importante etapa da minha vida, pelo amor, pelo apoio, pela dedicação e confiança que têm em mim. Essa vitória é nossa, amo vocês!

Aos meus irmãos, Gabriel e Samuel, pelo apoio, pela nossa união, amizade e pela torcida discreta e sempre presente.

Ao meu sobrinho Daniel, pela alegria que trouxe em nossa família e por ser o rabugento mais lindo da minha vida. Estarei sempre à disposição para o que precisar.

À minha tia Rosimere e ao meu primo Pedro, por estarem ao meu lado em qualquer situação, apoiando, incentivando, acreditando e ajudando para que eu consiga concretizar todos os sonhos que tenho em mim.

Aos meus familiares, de forma geral, pois cada um foi extremamente necessário e importante para que eu conseguisse concluir essa etapa da minha vida. Obrigado por cada palavra e gesto de apoio e incentivo.

Ao Hospital Beneficência Portuguesa de Bauru/SP (HBPB) e à Gerente de Enfermagem, Nilde Queiroz de Almeida Lima, por ter abraçado e autorizado a realização desta pesquisa.

Aos profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do HBPB, os participantes da pesquisa, pelo interesse, disponibilidade, receptividade e parceria. Suas contribuições foram valiosas e imprescindíveis para a realização deste estudo. Meu eterno agradecimento.

À Daniela Alcântara da Silva, Coordenadora de Enfermagem da UTI do HBPB, pela amizade, pelos conselhos, pelo apoio, incentivo e por ter cedido espaço do seu setor para a coleta de dados desta pesquisa. Sua ajuda foi fundamental.

Às Enfermeiras, Ma. Bárbara Casarin Henrique Sanches e Ma. Silmara Jorge Garcia, por terem aceitado contribuir para os desdobramentos desta pesquisa com suas participações na banca examinadora.

Por fim, a todos que participaram direta ou indiretamente do meu processo de formação. Gratidão!

“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo propósito debaixo do céu.”

(ECLÉSIASTES 3:1)

RESUMO

A cultura de segurança do paciente tem recebido cada vez mais importância no campo das organizações de saúde. A complexidade dos cuidados de saúde, potencializa a ocorrência de incidentes, erros ou falhas, sobretudo em hospitais. A avaliação da cultura de segurança contribui significativamente para a redução de eventos adversos. Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi analisar a cultura de segurança dos pacientes sob a ótica dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital privado da cidade de Bauru/SP. Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu por meio do instrumento intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* na versão “Painel de Especialistas”. Os dados foram digitados para uma planilha eletrônica do *software Microsoft Excel®* e tratados por meio de técnicas de análise estatística descritiva. Os aspectos éticos foram respeitados e a liberdade de participação assegurada. A amostra englobou 36 profissionais de enfermagem atuantes na UTI da instituição estudada, sendo 10 enfermeiros e 26 técnicos de enfermagem. O estudo revelou as dimensões positivas quanto à de cultura de segurança, a saber: “trabalho em equipe na unidade”, “expectativas/ações dos supervisores”, “aprendizado organizacional e melhoria contínua”, “*feedback* e comunicação de erro” e “frequência de eventos adversos relatados”. Quanto às fragilidades, sobressaem as dimensões “abertura para comunicações”, “pessoal”, “respostas não punitivas aos erros”, “apoio de gestão hospitalar”, “trabalho em equipe entre as unidades”, “transferências internas e passagem de plantão” e “percepção geral de segurança do paciente”. Evidenciou-se uma subnotificação de eventos adversos, visto que mais da metade dos participantes não realizaram nenhuma notificação nos últimos 12 meses. Os resultados deste estudo revelam uma cultura de segurança frágil, necessitando investimentos para melhorar a segurança do paciente na UTI estudada. Desta maneira, requer, primordialmente, maior envolvimento da gestão para segurança do paciente e transfiguração das condutas em relação ao erro.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Gestão de Segurança. Qualidade da Assistência à Saúde. Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Patient safety culture has received increasing importance in the field of healthcare organizations. The complexity of health care increases the occurrence of incidents, errors or failures, especially in hospitals. The assessment of the safety culture significantly contributes to the reduction of adverse events. In this context, the objective of this study was to analyze the patient safety culture from the perspective of nursing professionals in an Intensive Care Unit (ICU) of a private hospital in the city of Bauru/SP. This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. Data collection took place through the instrument entitled Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) in the "Expert Panel" version. Data were entered into an electronic spreadsheet using Microsoft Excel® software and treated using descriptive statistical analysis techniques. Ethical aspects were respected and freedom of participation assured. The sample included 36 nursing professionals working in the ICU of the studied institution, 10 nurses and 26 nursing technicians. The study revealed the positive dimensions regarding the safety culture, namely: "teamwork in the unit", "supervisors' expectations/actions", "organizational learning and continuous improvement", "feedback and error communication" and "frequency of reported adverse events". As for weaknesses, the dimensions "openness to communication", "personal", "non-punitive responses to errors", "hospital management support", "teamwork between units", "internal transfers and shift changes" and "general perception of patient safety". Underreporting of adverse events was evidenced, as more than half of the participants did not report any in the last 12 months. The results of this study reveal a fragile safety culture, requiring investments to improve patient safety in the studied ICU. In this way, it requires, primarily, greater involvement of management for patient safety and transfiguration of conduct in relation to the error.

Keywords: Patient Safety. Security Management. Quality of Health Care. Nursing. Intensive Care Unit.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Descrições das seções do questionário	22
QUADRO 2 – Dimensões da cultura de segurança do paciente (continua).....	23
GRÁFICO 1 – Participantes da pesquisa	27
GRÁFICO 2 – Avaliação da segurança do paciente da UTI na perspectiva dos participantes da pesquisa.....	35
GRÁFICO 3 – Número de relatórios de eventos preenchidos pelos participantes da pesquisa nos últimos 12 meses	37

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as características sociodemográficas e laborais (continua)	27
TABELA 2 – Distribuição das respostas da SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho (continua)	30
TABELA 3 – Distribuição das respostas da SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe (continua)	32
TABELA 4 – Distribuição das respostas da SEÇÃO C: Comunicação (continua)	33
TABELA 5 – Distribuição das respostas da SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados.....	34
TABELA 6 – Distribuição das respostas da SEÇÃO F: O seu hospital (continua)....	35
TABELA 7 – Respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do HSOPSC e seus respectivos itens (continua)	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EA	Eventos adversos
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FOB	Faculdade de Odontologia de Bauru
HBPB	Hospital Beneficência Portuguesa Bauru
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
Ma.	Mestra
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
Profa.	Professora
Prq.	Parque
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
Res.	Residencial
Sr.	Senhor
Sra.	Senhora
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNISAGRADO	Centro Universitário Sagrado Coração
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
2.	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3.	MATERIAL E MÉTODOS	19
3.1	TIPO DE PESQUISA	19
3.2	LOCAL DO ESTUDO	19
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO.....	20
3.3.1	CRITÉRIOS DE INLCUSÃO.....	20
3.3.2	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	20
3.4	COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS DE ESTUDO	21
3.5	TRATAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	24
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	25
3.7	RISCO E BENEFÍCIO	26
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	27
4.2	AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	30
5.	CONCLUSÃO	44
	REFERÊNCIAS	46
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	49
	APÊNDICE B – CARTA DE SOLICITAÇÃO	51
	APÊNDICE C – ENVELOPE: QUESTIONÁRIOS TCC	53
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO HSOPSC – VERSÃO “PAINEL DE ESPECIALISTAS”	54
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	60
	ANEXO C – CARTA DE AUTORIZAÇÃO	63

1. INTRODUÇÃO

A assistência à saúde de qualidade, de forma eficiente, efetiva, segura e satisfatória em todo processo, é um direito de todos os cidadãos e um dever dos serviços de saúde (ANVISA, 2017). É sabido que atualmente há uma crescente preocupação em proporcionar uma assistência segura e de qualidade aos indivíduos, nessa perspectiva, realizar pesquisas relacionadas a essa temática e compreender mais efetivamente o papel dos profissionais e dos serviços de saúde é extremamente relevante.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente é definida como a ausência ou redução, a um mínimo aceitável, do risco de sofrer danos desnecessários no curso dos cuidados de saúde (OMS, 2009). Dado a definição, no que tange a segurança e a qualidade da assistência ao paciente, emerge a cultura de segurança do paciente, que para COSTA, *et al.*, (2018, p. 2) é: “[...] o produto de valores individuais e de um grupo, atitudes, percepções, competências e padrão de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura”.

No Brasil, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) caracteriza a cultura de segurança do paciente como:

Conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (ANVISA, 2013).

Para melhor compreensão do presente estudo, no que concerne a segurança do paciente, considere as definições dadas pela OMS (2009):

- Dano: prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, e pode ser físico, social ou psicológico.
- Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente.
- Incidente: evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente.
- Incidente sem lesão: incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos.
- Risco: probabilidade de ocorrência de um incidente.

- Quase evento – *Near Miss*: incidente que não alcançou o doente.

Estudos acerca dos fatores que impactam negativamente nos serviços de saúde, são desenvolvidos há tempos. Dentre os variados estudos, destaca-se o “*To err is human: building a safer health system*”, traduzido: “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, publicado em 1999 pelo *Institute of Medicine* (IOM), que revelou que erros associados à assistência em saúde, causam entre 44.000 e 98.000 disfunções a cada ano nos hospitais dos Estados Unidos da América (EUA). Esse estudo impulsionou pesquisas para melhoria do sistema de segurança do paciente, a fim de prevenir ocorrência de erros (ANVISA, 2017).

No cenário brasileiro, as estimativas de Eventos adversos (EA) evitáveis é grave, visto que, o país é um dos que possuem maiores índices de falhas relacionadas ao cuidado (ANDRADE *et al.*, 2016). Em 2013, visando a segurança e a redução dos EA, foi criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pelo Ministério da Saúde e pela ANVISA, destaca-se que uma das estratégias do programa é a promoção da cultura de segurança (TOMAZONI *et al.*, 2014).

Souza e colaboradores (2018, p. 2), discorre sobre a importância da cultura de segurança do paciente,

A avaliação da cultura de segurança de um ambiente de saúde possibilita o reconhecimento das principais fragilidades presentes na instituição hospitalar, oportunizando a implementação de estratégias que incentivem os profissionais a abandonarem as práticas de punição diante da ocorrência de um evento adverso. Assim sendo, contribui-se para a promoção de um cuidado seguro, no intuito de atingir resultados pertinentes aos pacientes, evitando, assim, os riscos de danos desnecessários decorrentes do cuidado em saúde e tornando a segurança do paciente uma prioridade (SOUZA, *et al.*, 2018, p. 2).

Nesse sentido, promover a cultura de segurança do paciente, vislumbrando as falhas para melhoria dos processos, é essencial para um ambiente mais seguro e uma assistência de qualidade (ANDRADE *et al.*, 2016).

Dentre os variados cenários assistenciais, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se sobressai no que diz respeito a segurança do paciente, em virtude de suas próprias características, setor de alto risco e de grande complexidade (SOUZA *et al.*, 2018). Trata-se de um local peculiar que envolve o cuidado intensivo com pacientes críticos, onde há um grande fluxo de informações e atuação volumosa dos variados profissionais, que comumente estão sob forte *stress* decorrente das circunstâncias do cotidiano, que envolvem situações de vida e morte, logo, um ambiente propício e

vulnerável a ocorrência de EA (MELLO, 2011). Decorrente as especificidades da UTI, para garantia da segurança do paciente, iniciativas tornam-se indispensáveis para o fortalecimento da cultura de segurança.

No tocante da cultura de segurança do paciente, por que os profissionais da enfermagem ganham destaque?

A enfermagem desde sempre teve como essência o cuidar do paciente visando a qualidade e segurança, ainda que de forma empírica nos tempos remotos. Outrora, no século XIX, a pioneira da Enfermagem Moderna, Florence Nightingale, baseada em suas observações, defendia a ideia de que para atuar na enfermagem, era necessário treinamento, conhecimento técnico e científico e organização, nessa época desenvolveu a Teoria Ambientalista, sustentada no princípio que o ambiente interferia diretamente na recuperação e bem-estar dos indivíduos, ou seja, determinou fatores que poderiam gerar algum risco ou danos aos pacientes e pontuou maneiras para evitar (TOMAZ, 2014).

Por esse ângulo, percebe-se que a enfermagem ganha um papel significativo no que se refere a cultura de segurança do paciente, pois a categoria é responsável por grande parte dos processos que envolvem diretamente o cuidar do paciente, mostrando-se um público indispensável para mensuração da cultura de segurança dos serviços hospitalares (COSTA *et al.*, 2018).

Perante o exposto, este estudo propõe analisar e compreender os fenômenos que envolvem a cultura de segurança do paciente, identificando as potencialidades e fragilidades de uma UTI, com o propósito de melhorias, para uma assistência segura e de qualidade. Assim, emerge a questão norteadora: Qual a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem em uma UTI de um hospital privado? Justifica-se a pesquisa, pois a avaliação da cultura de segurança de um ambiente, contribui significativamente para redução de EA e promove melhorias no processo do cuidar, proporcionando um ambiente seguro e de qualidade para os pacientes e para os profissionais.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a cultura de segurança dos pacientes sob a ótica dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado de Bauru/SP.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar as percepções dos profissionais de enfermagem no que se refere as questões de segurança do paciente;

Identificar as potencialidades e as fragilidades da Unidade de Terapia Intensiva a partir dos dados obtidos através do questionário.

3. MATERIAL E METÓDOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva, fornece informações sobre o fenômeno de interesse com o propósito de observar, descrever e documentar aspectos de uma situação (POLIT; BECK, 2011).

Os estudos transversais visam a produção de dados em um único momento do tempo, como corte transversal do processo observado (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

O método quantitativo é um processo formal, objetivo e sistemático, segundo o qual os dados numéricos são utilizados para obter informações acerca do mundo. Este método de pesquisa é usado para descrever, testar relações e determinar causas. Neste método o pesquisador esforça-se constantemente para chegar a instrumentos precisos de medida e projetos rigorosamente controlados, as características valorizadas incluem o exame crítico do raciocínio e a atenção para a precisão (KOIZUMI, 1992).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma UTI de um hospital privado localizado na região central da cidade de Bauru/SP.

Fundado em 1928, o hospital é tradição até os dias atuais, presta atendimentos para variados planos de saúde, atende diversas especialidades e conta com equipe multidisciplinar qualificada e tecnologia de ponta.

A UTI é destinada ao atendimento de pacientes que necessitam de vigilância contínua, buscando sua recuperação através de ações humanizadas, utilizando a tecnologia como suporte para prevenção de sequelas, favorecendo sua reintegração ao convívio familiar.

A unidade atualmente dispõe de 10 leitos, sendo que 7 é para receber pacientes clínicos, 3 pacientes de pós-operatório e 1 paciente que necessita de isolamento, ainda, em casos de extrema urgência, possui 1 leito extra para prestar assistência até a estabilização do paciente e posterior transferência para outro serviço especializado.

O público da unidade são pacientes maiores de 18 anos que necessitam de cuidados intensivos. A equipe multidisciplinar, presentemente, é constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e fonoaudiólogos. Possui equipamentos tecnológicos e exames laboratoriais e de imagem 24 horas por dia.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por profissionais da equipe de enfermagem que atuam na UTI. Na época atual, prestam assistência de enfermagem no setor o total de 51 profissionais. Dos 51 profissionais, 12 são enfermeiros e 39 são técnicos de enfermagem. Dos enfermeiros: 1 é coordenador, 1 é especialista em estomaterapia, 1 é ferista, 1 é assistencial e 8 são supervisores de escala (dois de cada período: manhã, tarde, noturno 1 e noturno 2). Dos técnicos de enfermagem: 5 são responsáveis pelas sessões de hemodiálise (HD) que ocorrem no setor da UTI e, na ausência de pacientes com prescrição de HD, esses colaboradores prestam assistência aos pacientes internados na UTI, dos técnicos escalados para a HD, 2 fazem parte da escala da tarde, 1 é folguista do noturno e os outros 2 são do noturno (noturno 1 e noturno 2); os outros 34 colaboradores são escalados para prestar assistência aos pacientes internados na UTI, sendo que 11 fazem parte da escala da manhã, 8 fazem parte da escala da tarde, 14 fazem parte da escala noturna, correspondendo 7 colaboradores em cada noturno (noturno 1 e noturno 2) e 1 é ferista do noturno.

3.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Como critério de inclusão dos sujeitos da amostra, foi considerado o tempo de atuação dos profissionais de no mínimo três meses (aprovados no período de experiência de 90 dias) na UTI onde foi realizado o estudo e que aceitou voluntariamente participar da pesquisa.

Participaram da pesquisa 36 profissionais da enfermagem, sendo 10 enfermeiros e 26 técnicos de enfermagem.

3.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos do estudo os profissionais que tinham menos de três meses (período de experiência de 90 dias) de atuação na UTI onde foi realizado o estudo, ou que no período da coleta dos dados, estavam afastados por motivos de licença maternidade, atestado de saúde, férias, suspensão da empresa e os que se negarem a participar da pesquisa.

Foram excluídos da pesquisa 15 profissionais da enfermagem, sendo 2 enfermeiros e 13 técnicos de enfermagem. Dos enfermeiros: os 2 possuíam menos de três meses de atuação na UTI. Dos técnicos de enfermagem: 7 possuíam menos de três meses de atuação na UTI, 1 afastado por licença gestação, 2 afastados por atestado de saúde, 2 por estarem gozando das férias e 1 se recusou a participar da pesquisa.

3.4 COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS DE ESTUDO

A coleta de dados ocorreu por meio de questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos da América (EUA), foi utilizado o questionário na versão "Painel de Especialistas" (ANEXO A), uma adaptação transcultural validada para língua portuguesa no Brasil em 2012.

O questionário HSOPSC é constituído por nove seções, dispostas da letra A à I (QUADRO 1), contabilizando 42 itens, é autoadministrado e engloba 12 dimensões da cultura de segurança do paciente (QUADRO 2), tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchido. Ele avalia o grau de concordância dos profissionais em relação à cultura de segurança, através da escala *Likert*, cujas possibilidades de respostas são: "discordo totalmente", "discordo", "não concordo e nem discordo", "concordo", "concordo totalmente", "nunca", "raramente", "às vezes", "quase sempre" e "sempre". É um instrumento utilizado em variadas localidades do mundo para mensurar a cultura de segurança entre os profissionais de hospitais (SILVA, 2019; REIS, *et al.*, 2012).

A cultura de segurança, através da aplicação do questionário HSOPSC, é avaliada por meio do percentual de respostas positivas obtido nos itens e em cada dimensão. O percentual de respostas positivas representa uma reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente e permite identificar áreas fortes e frágeis na segurança do paciente.

São consideradas “áreas fortes da segurança do paciente” no hospital aqueles cujos itens escritos positivamente obtiverem 75% de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”), ou aquelas cujos itens escritos negativamente, obtiveram 75% das respostas negativas “discordo totalmente” ou “discordo”. De modo semelhante, “áreas frágeis da segurança do paciente” e que necessitam de melhoria são consideradas aquelas cujos itens obtiverem 50% ou menos de respostas positivas.

Os dados da pesquisa foram coletados no mês de outubro de 2022, após autorização da instituição onde ocorreu a coleta de dados. Em primeiro momento, buscou-se contato individualmente com cada profissional, a fim de fazer o convite para pesquisa e esclarecer o objetivo da mesma de forma clara, garantindo-lhes os seus direitos de aceitar ou de recusar a participação, não importando a fase que a pesquisa se encontre e não havendo dano ou prejuízo de qualquer ordem.

Após esse contato inicial com os participantes, foi explicado sobre a garantia e privacidade assegurada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), em seguida foi solicitado a aqueles que aceitaram participar da pesquisa, a assinatura para autorização da utilização dos dados coletados para o estudo, ressalta-se que o TCLE teve duas vias por participante, sendo que uma ficou com o pesquisado e outra com pesquisador.

Aos que concordaram com a pesquisa, foi disponibilizado o questionário impresso e solicitado que após preenchimento, fosse deixado no envelope marrom identificado como “Questionários TCC – Miguel Andreo” (APÊNDICE C), que ficou atrás do computador administrativo da UTI. Todos os dias o envelope foi aberto pelo pesquisador e recolhido os questionários que eram depositados pelos participantes.

Abaixo, os QUADROS 1 e 2 descrevem as seções e dimensões da cultura de segurança do paciente do questionário HSOPSC – Versão “Painel De Especialistas:

QUADRO 1 – Descrições das seções do questionário
(continua)

SEÇÃO	ASSUNTO
A	Sua área/unidade de trabalho
B	O seu supervisor/chefe
C	Comunicação

QUADRO 1 – Descrições das seções do questionário
(conclusão)

SEÇÃO	ASSUNTO
D	Frequência de eventos relatados
E	Nota de segurança do paciente
F	O seu hospital
G	Número de eventos relatados
H	Informações gerais
I	Seus comentários

FONTE: elaborado pelo autor.

QUADRO 2 – Dimensões da cultura de segurança do paciente (continua)

DIMENSÕES	DESCRIÇÕES
Trabalho em equipe na unidade	Define se os funcionários apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe
Expectativas/ações dos supervisores	Avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos funcionários para melhorar a segurança do paciente; reconhece a participação dos funcionários para procedimentos de melhoria da segurança do paciente
Aprendizado organizacional e melhoria contínua	Avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e a avalia a efetividade das mudanças ocorridas
<i>Feedback</i> e comunicação de erro	Avalia a percepção dos funcionários no hospital se eles relatam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias para evitar erros no futuro
Abertura para comunicações	Avalia se os funcionários do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem livres para questionar os funcionários com maior autoridade.
Pessoal	Avalia se os funcionários são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes
Respostas não punitivas aos erros	Avalia como os funcionários se sentem com relação aos seus erros, se eles pensam que os erros cometidos por eles possam ser usados contra eles e mantidos em suas fichas funcionais
Apoio de gestão hospitalar	Avalia se a administração e gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é prioritária
Trabalho em equipe entre as unidades	Avalia se as unidades do hospital cooperam e coordenam-se entre si para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes
Transferências internas e passagem de plantão	Avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes é transferida através das unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno

QUADRO 2 – Dimensões da cultura de segurança do paciente (conclusão)

DIMENSÕES	DESCRIÇÕES
Percepção geral de segurança do paciente	Avalia os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros e a ausência de problemas de segurança do paciente nos hospitais
Frequência de eventos adversos relatados	Relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetassem o paciente

FONTE: elaborado pelo autor.

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio de técnicas de análise exploratórias, incluindo proporções, porcentagem, medidas de tendência central e variabilidade.

Em primeiro momento, todos os questionários foram revisados para identificar e eliminar itens ou questionários que apresentassem respostas altamente assimétricas ou elevado número de dados ausentes (SORRA; NIEVA, 2004). Questionários que estivessem incompletos ou que apresentassem a mesma resposta em todos os itens seriam excluídos, pois denotaria que o respondente não dispensou a atenção exigida para o preenchimento do instrumento, já que nas seções continham itens reversos (SORRA; NIEVA, 2004). Diante disso, uma análise exploratória desses questionários foi realizada.

Antes de iniciar a digitação, cada questionário recebeu um código numérico para identificação, que foi de 1 a 36. Após, cada item que compõe o questionário também recebeu um código numérico para facilitação da criação da máscara de entrada, em seguida deu-se início a digitação dos dados na planilha eletrônica do *software Microsoft Excel®* versão 2016. Para prevenir erros de digitação e controlar a qualidade dos dados, foi realizado dupla digitação pelo pesquisador, não houve divergências dos dados. O processo de digitação dos dados durou cerca de 1 hora.

Para análise descritiva do instrumento e avaliação da cultura de segurança da UTI, foram calculados os percentuais de respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do paciente, definidos como percentual médio de respostas positivas os itens componentes da dimensão do HSOPSC. O percentual de respostas positivas para cada dimensão foi calculado usando a seguinte fórmula (SORRA; NIEVA, 2004):

% de respostas positivas da dimensão X=[número de respostas positivas aos itens da dimensão X/número total de respostas válidas aos itens da dimensão X (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)] x 100

Foram também calculados os percentuais de respostas positivas para cada item da dimensão, através da seguinte fórmula (SORRA; NIEVA, 2004):

% de respostas positivas ao item da dimensão X=[número de respostas positivas ao item da dimensão X/número total de respostas válidas ao item da dimensão X (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)] x 100

Os cálculos dos percentuais de respostas positivas aos itens e dimensões foram realizados por meio da planilha eletrônica do *software Microsoft Excel®* versão 2016, assim como, a produção dos gráficos. Os resultados estão apresentados nas tabelas e gráficos.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida e fundamentada nos preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que delibera sobre a realização de pesquisas com seres humanos, baseado nos referenciais básico da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, objetivando assegurar os direitos e deveres aos sujeitos da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

Assegurou-se a liberdade de participação dos indivíduos, desse modo, todos os participantes da pesquisa foram condicionados à concordância e aceite do TCLE. O TCLE é um documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou do seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar (BRASIL, 2012). Desta forma, todos foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa, a liberdade de participar ou não do estudo, a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem prejuízo algum, a voluntariedade do estudo e o sigilo de todas as informações registradas no questionário.

O estudo só foi iniciado após ter passado por todas as etapas necessárias para aprovação, logo, foi submetido a Plataforma Brasil, após, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do UNISAGRADO, no qual teve parecer favorável Nº 5.496.998 em 29 de junho de 2022, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 59882222.3.0000.5502 (ANEXO B) e por fim, foi encaminhado o projeto de pesquisa, o parecer consubstanciado do CEP e a carta de solicitação para autorização de pesquisa (APÊNDICE B) para o hospital privado, onde se pretendia desenvolver a pesquisa. O hospital privado também teve parecer favorável para realização da pesquisa (ANEXO C).

3.7 RISCO E BENEFÍCIO

O estudo apresentou riscos mínimos, que poderia estar relacionado apenas ao constrangimento durante a participação da pesquisa, em face de alguma pergunta do questionário. Entretanto, caso algum respondente se sentisse desconfortável, este (a) teria seus sentimentos acolhidos e a ele (a) seria ofertado todo apoio necessário junto à clínica de psicologia do UNISAGRADO.

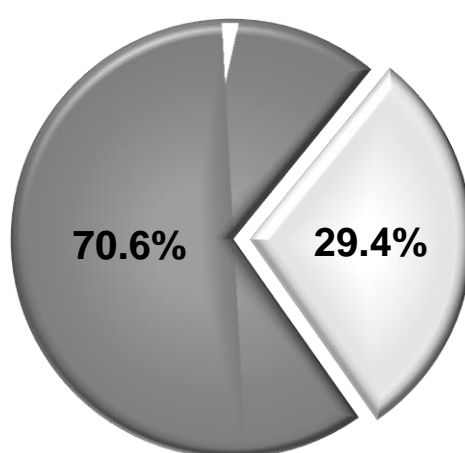
Quanto aos benefícios, os resultados forneceram dados em saúde que darão subsídio para ações frente à segurança dos pacientes atendidos pela equipe de enfermagem da UTI estudada.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A amostra dos participantes deste estudo foi constituída por 36 profissionais de enfermagem, que equivale a 70,6% dos profissionais que prestam serviço na unidade onde foi realizado a pesquisa, conforme demonstrado no GRÁFICO 1.

GRÁFICO 1 – Participantes da pesquisa



■ Participaram da pesquisa ■ Não participaram da pesquisa

FONTE: elaborado pelo autor.

Os respondentes da pesquisa têm suas características sociodemográficas e laborais descritas na TABELA 1.

TABELA 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as características sociodemográficas e laborais (continua)

VARIÁVEIS (N = 36)	Nº	(%)
Gênero		
Masculino	8	(22,2)
Feminino	28	(77,8)
Idade		
18 a 28 anos	10	(27,8)
29 a 49 anos	24	(66,7)

TABELA 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as características sociodemográficas e laborais (conclusão)

VARIÁVEIS (N = 36)	Nº	(%)
50 anos ou mais	2	(5,5)
Categoria profissional		
Enfermeiro	10	(27,8)
Técnico de enfermagem	26	(72,2)
Horas semanais trabalhadas		
20 a 39 horas	20	(55,6)
40 a 59 horas	16	(44,4)
Interação e contato direto com os pacientes		
Possuem	36	(100)
Não possuem	0	(0)
Tempo de Trabalho na Instituição		
Menos de 1 ano	7	(19,4)
1 a 10 anos	27	(75,0)
11 a 20 anos	1	(2,8)
21 anos ou mais	1	(2,8)
Tempo de trabalho na UTI		
Menos de 1 ano	7	(19,4)
1 a 10 anos	27	(75,0)
11 a 20 anos	1	(2,8)
21 anos ou mais	1	(2,8)
Turno de trabalho		
Manhã	11	(30,6)
Tarde	9	(25,0)
Noite	16	(44,4)
Tempo de trabalho na especialidade/profissão		
Menos de 1 ano	1	(2,8)
1 a 10 anos	20	(55,6)
11 a 20 anos	12	(33,3)
21 anos ou mais	3	(8,3)

FONTE: elaborada pelo autor.

Na população estudada houve predominância de indivíduos do gênero feminino, total de 28, representando (77,8%) dos profissionais de enfermagem que atuam na UTI. O predomínio do gênero feminino na enfermagem é decorrência da construção histórica e social da profissão, a qual surge remotamente como atividade de caráter feminino (PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2006).

No tocante a faixa etária, há maior número de colaboradores com idade entre 29 a 49 anos, total de 24, representando (66,4%), seguido de colaboradores com idade entre 18 a 28 anos, total de 10, representando (27,8%) e com idade igual a 50 anos ou mais, apenas 2 colaboradores, representando apenas (5,5%). Pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 2013, revelou que é possível inferir que a enfermagem é uma profissão em processo de rejuvenescimento, constituída, predominantemente, por jovens (FIOCRUZ, 2013).

A categoria profissional com maior representatividade foi a dos técnicos de enfermagem, constituída de 26 indivíduos, equivalente a (72,2%) e os outros 10 indivíduos, são profissionais enfermeiros, que equivale a (27,8%) da mão de obra da enfermagem da UTI. De acordo com Dantas (2018), o número de técnicos de enfermagem é maior, pois para atuação na categoria é exigido apenas o segundo grau completo. Ademais, o curso técnico tem um investimento mais acessível e se comparado com a graduação, o período para conclusão é menor, o que acaba fazendo com que os indivíduos optem pelo curso técnico, já que teoricamente serão inseridos mais rápidos no mercado de trabalho.

Os profissionais da unidade estudada, na maioria trabalham de 20 a 39 horas (55,6%) e os outros (44,4%) cumprem uma jornada semanal de 40 a 59 horas. Outro estudo realizado em UTI, por Mello (2011), evidencia-se que a carga horária trabalhada semanalmente pelos profissionais de enfermagem se assemelha, no qual mostra que 81,4% trabalham de 30 a 40 horas semanais e na sequência 11,6% fazem uma jornada de 40 a 60 horas semanais, ou seja, neste estudo as duas maiores porcentagens condizem com o achado na UTI presentemente estudada.

A respeito da interação com paciente, (100%) dos profissionais de enfermagem possuem contato com os pacientes, ou seja, prestam assistência direta. Concernente a tempo de trabalho na UTI, a maioria dos profissionais, total de 27 (75,0%), possuem de 1 a 10 anos de empresa. Ao analisar os dados obtidos, é possível verificar um número importante de contratações recentes, dado valor em que, (19,4%) dos colaboradores da unidade, total de 7, possuem menos de 1 ano de empresa; unicamente 1 colaborador possui de 11 a 20 anos e 1 possui 21 ou mais anos de empresa, o que equivale a (2,8%) respectivamente. Por um ângulo, funcionários recém-chegados a uma empresa é benéfico, visto que trazem novas práticas, ideias e pontos de vista diferentes, além disso, apresentam novas soluções para melhoria de processos e podem contribuir significativamente para mudanças positivas na forma

de cuidado dos pacientes. De outro ângulo, contratações recentes podem ser problemáticas para a empresa e para os pacientes, uma vez que a falta de rotina e costume, pode ocasionar em EA.

No geral, participaram da pesquisa uma boa quantidade de profissionais de todos os turnos de trabalho, dado que, só não fizeram parte dos resultados, o grupo de sujeitos que foram excluídos da pesquisa. Houve predominância de colaboradores do noturno, total de 16 (44,4%), salienta-se que destes 16, estão condicionados tanto colaboradores que atuam no noturno 1, quanto que atuam no noturno 2, na sequência 11 (30,6%) dos colaboradores que participaram da pesquisa fazem parte do turno da manhã e 9 (25,0%) colaboradores fazem parte do turno da tarde.

Quanto tempo de carreira na enfermagem, dos participantes da pesquisa, 20 deles (55,6%) possuem de 1 a 10 anos, 12 (33,3%) possuem de 11 a 20 anos, 3 (8,3%) possuem 21 anos ou mais e, apenas 1 (2,8%) possui menos de 1 ano. Desse modo, percebe-se que de maneira geral, a maioria dos profissionais da unidade estudada possuem experiência na profissão de enfermagem, o que favorece a segurança do paciente, pois a inexperiência profissional é um dos fatores que ocasionam os erros e EA (RIOS, HAGEMANN, PEREIRA, 2010; SILVA, 2003).

4.2 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A TABELA 2 apresenta as porcentagens obtidas em cada questão da “SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho” do ponto de vista dos profissionais de enfermagem da UTI pesquisada.

TABELA 2 – Distribuição das respostas da SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho (continua)

Nº	SEÇÃO A	Discordo totalmente Nº (%)	Discordo Nº (%)	Não concordo nem discordo Nº (%)	Concordo Nº (%)	Concordo totalmente Nº (%)
1	Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras	0 (0)	2 (5,6)	8 (22,2)	19 (52,8)	7 (19,4)
2	Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho	0 (0)	5 (13,9)	6 (16,7)	22 (61,1)	3 (8,3)

TABELA 2 – Distribuição das respostas da SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho (continuação)

Nº	SEÇÃO A	Discordo totalmente Nº (%)	Discordo Nº (%)	Não concordo nem discordo Nº (%)	Concordo Nº (%)	Concordo totalmente Nº (%)
3	Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	0 (0)	0 (0)	1 (2,8)	23 (63,9)	12 (33,3)
4	Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	0 (0)	2 (5,6)	3 (8,3)	18 (50,0)	13 (36,1)
5	Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	6 (16,7)	11 (30,6)	7 (19,4)	10 (27,8)	2 (5,5)
6	Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	0 (0)	2 (5,6)	1 (2,8)	21 (58,3)	12 (33,3)
7	Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	12 (33,3)	19 (52,8)	4 (11,1)	1 (2,8)	0 (0)
8	Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usadas contra eles	1 (2,8)	5 (13,9)	4 (11,1)	19 (52,8)	7 (19,4)
9	Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui	1 (2,8)	2 (5,6)	6 (16,7)	23 (63,9)	4 (11,1)
10	Erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui apenas por acaso	6 (16,7)	9 (25,0)	9 (25,0)	11 (30,6)	1 (2,8)
11	Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam	4 (11,1)	2 (5,6)	10 (27,8)	17 (47,2)	3 (8,3)
12	Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	2 (5,6)	9 (25,0)	9 (25,0)	13 (36,1)	3 (8,3)
13	Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	1 (2,8)	0 (0)	2 (5,6)	28 (77,7)	5 (13,9)

TABELA 2 – Distribuição das respostas da SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho (conclusão)

Nº	SEÇÃO A	Discordo totalmente Nº (%)	Discordo Nº (%)	Não concordo nem discordo Nº (%)	Concordo Nº (%)	Concordo totalmente Nº (%)
14	Nós trabalhamos em “situação de crise” tentando fazer muito e muito rápido	4 (11,1)	13 (36,1)	7 (19,4)	12 (33,3)	0 (0)
15	A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	0 (0)	15 (41,6)	5 (13,9)	14 (38,9)	2 (5,6)
16	Os profissionais se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais	0 (0)	3 (8,3)	7 (19,4)	23 (63,9)	3 (8,3)
17	Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	3 (8,3)	15 (41,7)	9 (25,0)	9 (25,0)	0 (0)
18	Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	2 (5,6)	4 (11,1)	12 (33,3)	17 (47,2)	1 (2,8)

FONTE: elaborada pelo autor.

A TABELA 3 apresenta as porcentagens obtidas em cada questão da “SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe” do ponto de vista dos profissionais de enfermagem da UTI pesquisada.

TABELA 3 – Distribuição das respostas da SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe (continua)

Nº	SEÇÃO B	Discordo totalmente Nº (%)	Discordo Nº (%)	Não concordo nem discordo Nº (%)	Concordo Nº (%)	Concordo totalmente Nº (%)
1	O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	0 (0)	3 (8,3)	4 (11,1)	21 (58,3)	8 (22,2)

TABELA 3 – Distribuição das respostas da SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe (conclusão)

Nº	SEÇÃO B	Discordo totalmente Nº (%)	Discordo Nº (%)	Não concordo nem discordo Nº (%)	Concordo Nº (%)	Concordo totalmente Nº (%)
2	O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente	0 (0)	2 (5,6)	4 (11,1)	24 (66,6)	6 (16,7)
3	Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	3 (8,3)	28 (77,7)	2 (5,6)	3 (8,3)	0 (0)
4	O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	9 (25,0)	26 (72,2)	1 (2,8)	0 (0)	0 (0)

FONTE: elaborada pelo autor.

A TABELA 4 apresenta as porcentagens obtidas em cada questão da “SEÇÃO C: Comunicação” do ponto de vista dos profissionais de enfermagem da UTI pesquisada.

TABELA 4 – Distribuição das respostas da SEÇÃO C: Comunicação (continua)

Nº	SEÇÃO C	Nunca Nº (%)	Raramente Nº (%)	Às Vezes Nº (%)	Quase sempre Nº (%)	Sempre Nº (%)
1	Somos informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	0	1 (2,8)	7 (19,4)	11 (30,6)	17 (47,2)
2	Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	0 (0)	0 (0)	8 (22,2)	6 (16,7)	22 (61,1)
3	Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	0 (0)	2 (5,6)	6 (16,7)	10 (27,8)	18 (50,0)

TABELA 4 – Distribuição das respostas da SEÇÃO C: Comunicação (conclusão)

Nº	SEÇÃO C	Nunca Nº (%)	Raramente Nº (%)	Às Vezes Nº (%)	Quase sempre Nº (%)	Sempre Nº (%)
4	Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	2 (5,6)	5 (13,9)	14 (38,9)	8 (22,2)	7 (19,4)
5	Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	0 (0)	2 (5,6)	5 (13,9)	8 (22,2)	21 (58,3)
6	Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	8 (22,2)	10 (27,8)	14 (38,9)	4 (11,1)	0 (0)

FONTE: elaborada pelo autor.

A TABELA 5 apresenta as porcentagens obtidas em cada questão da “SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados” do ponto de vista dos profissionais de enfermagem da UTI pesquisada.

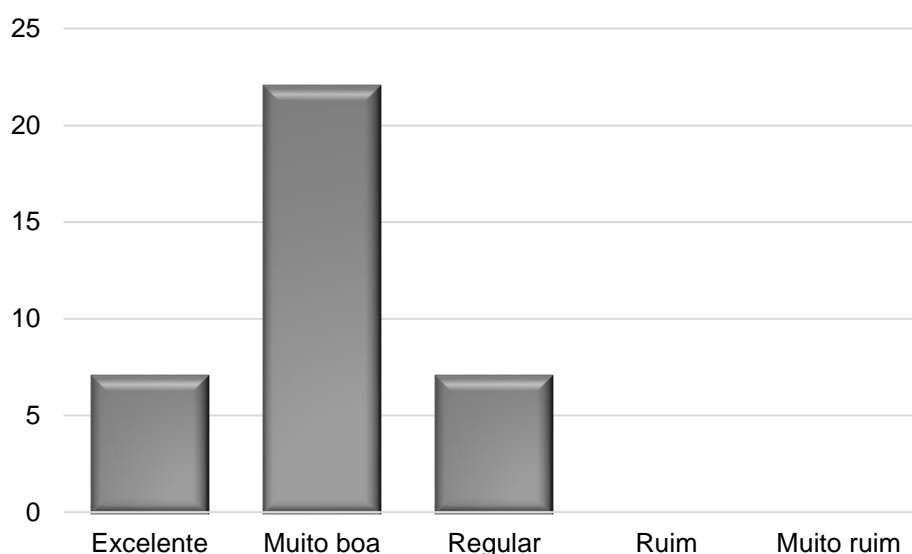
TABELA 5 – Distribuição das respostas da SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

Nº	SEÇÃO D	Nunca Nº (%)	Raramente Nº (%)	Às Vezes Nº (%)	Quase sempre Nº (%)	Sempre Nº (%)
1	Quando ocorre erro, engano ou falha, mas é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?	2 (5,6)	4 (11,1)	4 (11,1)	14 (38,9)	12 (33,3)
2	Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência é relatado?	2 (5,6)	4 (11,1)	0 (0)	13 (36,1)	17 (47,2)
3	Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência é relatado?	2 (5,6)	4 (11,1)	1 (2,8)	12 (33,3)	17 (47,2)

FONTE: elaborada pelo autor.

O GRÁFICO 2 apresenta notas de segurança do paciente facultada por cada profissional de enfermagem da UTI pesquisada.

GRÁFICO 2 – Avaliação da segurança do paciente da UTI na perspectiva dos participantes da pesquisa



FONTE: elaborado pelo autor.

A TABELA 6 apresenta as porcentagens obtidas em cada questão da “SEÇÃO F: O seu hospital” do ponto de vista dos profissionais de enfermagem da UTI pesquisada.

TABELA 6 – Distribuição das respostas da SEÇÃO F: O seu hospital (continua)

Nº	SEÇÃO F	Discordo totalmente Nº (%)	Discordo Nº (%)	Não concordo nem discordo Nº (%)	Concordo Nº (%)	Concordo totalmente Nº (%)
1	A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	0 (0)	0 (0)	8 (22,2)	25 (69,4)	3 (8,3)
2	As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.	4 (11,1)	14 (38,9)	15 (41,7)	3 (8,3)	0 (0)
3	O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	1 (2,8)	7 (19,4)	10 (27,8)	16 (44,4)	2 (5,6)
4	Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	0 (0)	4 (11,1)	14 (38,9)	18 (50,0)	0 (0)

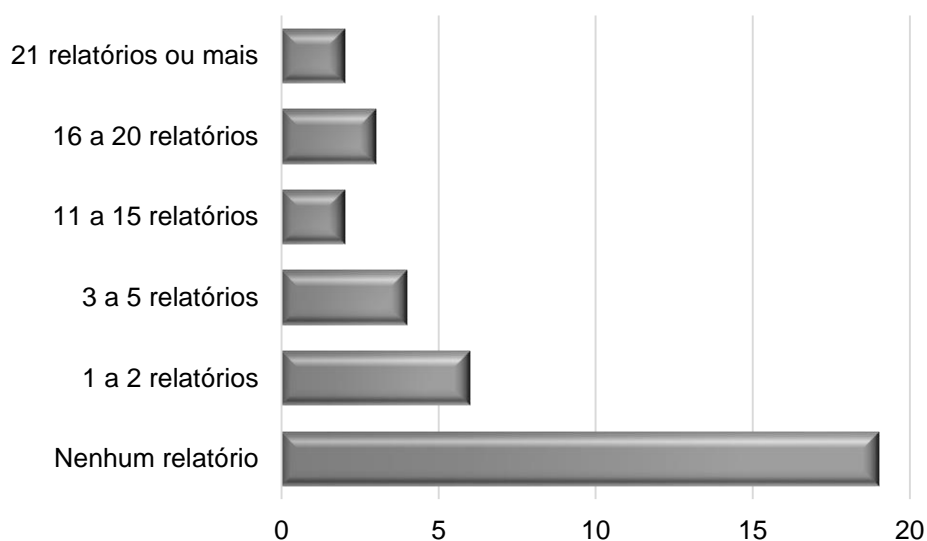
TABELA 6 – Distribuição das respostas da SEÇÃO F: O seu hospital (conclusão)

Nº	SEÇÃO F	Discordo totalmente Nº (%)	Discordo Nº (%)	Não concordo nem discordo Nº (%)	Concordo Nº (%)	Concordo totalmente Nº (%)
5	É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	2 (5,6)	16 (44,4)	9 (25,0)	8 (22,2)	1 (2,8)
6	Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	3 (8,3)	11 (30,6)	14 (38,9)	8 (22,2)	0 (0)
7	Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	0 (0)	11 (30,6)	14 (38,9)	11 (30,6)	0 (0)
8	As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade	0 (0)	6 (16,7)	7 (19,4)	18 (50,0)	5 (13,9)
9	A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	2 (5,6)	16 (44,4)	10 (27,8)	7 (19,4)	1 (2,8)
10	As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	0 (0)	3 (8,3)	11 (30,6)	20 (55,6)	2 (5,6)
11	Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	5 (13,9)	18 (50,0)	9 (25,0)	4 (11,1)	0 (0)

FONTE: elaborada pelo autor.

O GRÁFICO 3 apresenta o número de relatórios de eventos preenchidos por cada profissional de enfermagem da UTI pesquisada.

GRÁFICO 3 – Número de relatórios de eventos preenchidos pelos participantes da pesquisa nos últimos 12 meses



FONTE: elaborado pelo autor.

O percentual médio de respostas positivas obtido para as dimensões da cultura de segurança do paciente e para seus respectivos itens componentes na população do estudo é apresentado na TABELA 7.

De acordo com Sorra e Nieva (2004), são classificadas áreas fortalecidas para cultura de segurança do paciente, dimensões cujos percentuais de respostas positivas são superiores a 75% e áreas frágeis que necessitam de intervenções para melhoria da cultura de segurança do paciente dimensões que obtiverem valores iguais ou inferiores a 50%. Outrossim, itens componentes de algumas dimensões obtiveram percentuais maiores que 75% e podem ser considerados como características fortalecidas da cultura de segurança relacionadas à sua dimensão.

O percentual médio de respostas positivas para 42 itens que compõem as 12 dimensões da cultura de segurança para a população do estudo foi 62,3%. As dimensões de cultura de segurança com os percentuais de respostas positivas mais elevadas foram “trabalho em equipe na unidade” (77,8%), “expectativas/ações dos supervisores” (86,8%), “aprendizado organizacional e melhoria contínua” (86,1%), “*feedback* e comunicação de erro” (78,7%) e “frequência de eventos adversos relatados” (78,7%). As dimensões mais fragilizadas segundo o critério de avaliação adotado (baixo percentual de respostas positivas) foram “abertura para comunicações” (56,5%), “pessoal” (62,5%), “respostas não punitivas aos erros”

(18,5%), “apoio de gestão hospitalar” (63,7%), “trabalho em equipe entre as unidades” (50,0%), “transferências internas e passagem de plantão” (41,7%) e “percepção geral de segurança do paciente” (46,6%).

TABELA 7 – Respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do HSOPSC e seus respectivos itens (continua)

Dimensões e itens componentes*	Respostas positivas (%)
Trabalho em equipe na unidade	(77,8)
A1**. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras	(72,2)
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	(97,2)
A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	(86,1)
A11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam	(55,5)
Expectativas/ações dos supervisores	(86,8)
B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	(80,5)
B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente	(83,3)
B3N***. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	(86,0)
B4N. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	(97,2)
Aprendizado organizacional e melhoria contínua	(86,1)
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	(91,6)
A9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui	(75,0)
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	(91,6)
Feedback e comunicação de erro	(78,7)
C1. Somos informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	(77,8)
C3. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	(77,8)
C5. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	(80,5)
Abertura para comunicações	(56,5)
C2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	(77,8)
C4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	(41,6)
C6N. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	(50,0)
Pessoal	(62,5)
A2. Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho	(69,4)
A5N. Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	(47,3)
A7N. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	(86,1)
A14N. Nós trabalhamos em “situação de crise” tentando fazer muito e muito rápido	(47,2)

TABELA 7 – Respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do HSOPSC e seus respectivos itens (conclusão)

Dimensões e itens componentes*	Respostas positivas (%)
Respostas não punitivas aos erros	(18,5)
A8N. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usadas contra eles	(16,7)
A12N. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	(30,6)
A16N. Os profissionais se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais	(8,3)
Apoio de gestão hospitalar	(63,7)
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	(77,7)
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade	(63,9)
F9N. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	(50,0)
Trabalho em equipe entre as unidades	(50,0)
F2N. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.	(50,0)
F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	(50,0)
F6N. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	(38,9)
F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	(61,2)
Transferências internas e passagem de plantão	(41,7)
F3N. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	(22,2)
F5N. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	(50,0)
F7N. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	(30,6)
F11N. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	(63,9)
Percepção geral de segurança do paciente	(46,6)
A10N. Erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui apenas por acaso	(41,7)
A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	(44,5)
A17N. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	(50,0)
A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	(50,0)
Frequência de eventos adversos relatados	(78,7)
D1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?	(72,2)
D2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência é relatado?	(83,3)
D3. Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência é relatado?	(80,5)

* Os itens componentes das dimensões estão identificados e aparecem na mesma ordem do questionário. Itens formulados negativamente estão sinalizados com a letra N em frente a sua respectiva indicação alfanumérica no questionário.

** Indica a posição alfanumérica no questionário.

*** Indica sentenças escritas negativamente com relação à cultura de segurança.

Elaborada pelo autor.

Promover a cultura de segurança, tem se tornado sustentáculo para o movimento da segurança do paciente. Assim sendo, estratégias de avaliação da cultura de segurança nas organizações de saúde tem sido instigado, pois a partir dessa avaliação é possível identificar as fragilidades e potencialidades das áreas, verificando aspectos que necessitam de melhorias e expandindo os conhecimentos acerca dos conceitos de segurança do paciente; ademais permitem avaliar a eficácia das intervenções e sua segurança ao longo do tempo e estabelecer metas internas e externas (NIEVA; SORRA, 2003).

Os resultados do presente estudo, revelaram uma cultura de segurança frágil, com potencial de melhoria, haja a vista, o percentual médio das dimensões que aponta 62,3% das respostas positivas para cultura de segurança. Embora o percentual esteja abaixo do que é esperado para uma cultura de segurança fortalecida, ao equiparar com outros estudos realizados em UTIs, percebe-se uma certa semelhança do percentual médio das dimensões com algumas, como *benchmark-UTI* da AHRQ que obteve o percentual de 61,75% (SORRA *et al.*, 2011) e uma sobreposição significativa do percentual perante outras, que obtiveram o percentual de 52,34% (ARMELINNO; QUINN GRIFFIN; FITZPATRICK, 2010), 43,89% (PANOZZO, 2007) e 34,83% (MELLO, 2011) respectivamente.

A literatura traz que o trabalho em equipe eficaz é crucial para fornecer um cuidado ideal ao paciente e que a liderança é vital para orientar a maneira pela qual os membros da equipe da UTI devem interagir, coordenar-se uns com os outros (READER *et al.*, 2009). A união dos colaboradores, promovem o desenvolvimento de habilidades sociais, aumenta a motivação para a execução das atividades do cotidiano, aflora o sentimento de pertencimento e igualdade, faz com que as atividades sejam realizadas mais rápidas e viabiliza estruturas de trabalho mais flexíveis e menos hierárquicas. Ao observar a dimensão “trabalho em equipe na unidade” (77,8%), percebe-se uma cultura fortalecida nesse quesito, dado o percentual elevado para os itens: “nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras” (72,7%), “quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente” (97,2%) e “nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito” (86,1%). No estudo desenvolvido por Mello (2011), em duas UTIs de hospitais públicos na Grande Florianópolis/SC, Brasil, também se evidencia essa dimensão com um percentual elevado para cultura de segurança, ainda que nesse estudo não seja considerado uma área forte.

As dimensões “expectativas/ações dos supervisores” e “aprendizado organizacional e melhoria contínua”, obtiveram o percentual de (86,8%) e (86,1%) respectivamente, mostrando-se também culturas fortalecidas na UTI. Ainda que no estudo de Mello (2011) as dimensões anteriores mencionadas não foram consideradas áreas fortes de segurança, foram umas das que alcançaram maiores percentuais, portanto, mostram certa conformidade. Ao fazer análise dos itens que compõem a dimensão “expectativas/ações dos supervisores”, verifica-se que na unidade estudada, há um bom relacionamento e certa proximidade dos colaboradores com os seus supervisores/chefes direto. Para Vicent (2009, p. 221), os líderes influenciam diretamente a segurança, ao organizarem comitês e iniciativas em prol da segurança do paciente, bem como, ao mostrarem o quanto a valorizam e estão dispostos a conversar sobre os erros e assuntos de segurança de forma construtiva. Ademais, pode-se concluir através dos itens que constituem a dimensão “aprendizado organizacional e melhoria contínua”, que a equipe é engajada para melhorar a segurança do paciente, assim como, possuem um olhar atento no que diz respeito a implementação de mudanças.

Os itens da dimensão “*feedback* e comunicação ao erro” teve o percentual médio de (78,7%), desse modo, certifica-se que os responsáveis da unidade se mostram preocupados e empenhados em manter os colaboradores inteirados sobre os EA e as mudanças que ocorrem. Nesse sentido, colacionando com os estudos de Mello (2011) e Reis (2013), a unidade estudada se sobressai nessa dimensão.

Na dimensão “abertura para comunicações”, observa-se que o percentual médio dos itens é de (56,6%), assim, considera-se uma dimensão frágil que necessita de melhorias. Nos estudos desenvolvidos por Mello (2011) e Reis (2013) essa dimensão teve percentuais paralelos. Apesar de ser uma dimensão frágil na unidade estudada, merece ênfase a questão “os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente” que obteve percentual de (77,8%), revelando que há liberdade para questionar algo que seja julgado negativo, confrontando, as questões “os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores” (41,6%) e “os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo” (50,6%) que obtiveram percentuais baixos, dá a entender que trata-se de algo mais pessoal. Em suma, tem-se a liberdade, entretanto, não se sentem à vontade, ficam receosos para questionar condutas/decisões de seus superiores. Cabe as supervisões fornecer uma maior

abertura nesse quesito, pois todas opiniões e considerações são muito bem-vindas para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

Para Sorra (*et al.*, 2008), a predisposição dos membros da equipe de saúde em relatar os eventos quando não há uma cultura punitiva é maior. A cultura de culpabilidade responsabiliza o indivíduo frente à ocorrência de erros e impede a identificação de problemas nos processos de trabalho que podem ter contribuído para que o erro ocorresse. Uma cultura punitiva prejudica o reconhecimento do erro pelos profissionais, desencoraja-os a notificá-los e por consequência impede o aprendizado organizacional a partir da ocorrência dos mesmos (REIS, 2013). Ao averiguar os resultados deste estudo, percebe-se que a dimensão mais fragilizada é “respostas não punitivas aos erros” (18,5%), vê-se uma forte cultura punitiva nessa unidade, o que pode fazer com que os colaboradores não realizem notificações dos EA, o que já é demonstrado pelo número de relatórios de eventos preenchidos pelos participantes da pesquisa nos últimos 12 meses (GRÁFICO 3), em que mais da metade dos participantes da pesquisa não preencheram nenhum relatório. Outros estudos tiveram percentual de respostas positivas baixos nessa dimensão (MELLO, 2011; SCHESTAK, 2015; REIS, 2013), sendo possível concluir que a cultura da culpabilidade, se constitui em um desafio global para a ascensão da cultura de segurança.

Dado o exposto supracitado, nota-se que a dimensão “frequência de eventos adversos relatados” se contrapõe ao número de eventos preenchidos nos últimos 12 meses pelos participantes da pesquisa, pois os itens que compõem a dimensão, tiveram um percentual fortalecido, porém se realmente fossem notificados todos os EA ou os *Near Miss*, o índice de eventos preenchidos seriam maiores.

Constata-se que a maioria dos profissionais participantes da pesquisa, percebe que a administração hospitalar propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente, porém analisa-se que os percentuais de respostas positivas para os itens “as ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade” (63,9%) e “a direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso” (50,0%) estão abaixo do considerado cultura fortalecida. Partindo do entendimento que as atitudes dos profissionais são influenciadas pelo seu ambiente de trabalho, é de encargo dos gestores a promoção de práticas e atitudes que favoreçam a cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde (MELLO, 2011).

O baixo percentual obtido na dimensão “pessoal” (62,5%), possivelmente se dá à percepção dos profissionais quanto à carga de trabalho a qual estão expostos em seu cotidiano na unidade e à insuficiência de profissionais para dar conta da demanda de trabalho. Mesmo estando abaixo do percentual considerando fortalecido, quando se observa o percentual em relação à estudos desenvolvidos por outros pesquisadores (MELLO, 2011; REIS, 2013) o percentual da unidade estudada se sobressai. Na ocasião, convém destacar que o quantitativo de pessoal representa um importante indicador de segurança do paciente. Estudo realizado na Inglaterra, demonstrou que a taxa de mortalidade em hospitais que não possuíam um dimensionamento de pessoal adequado, foi 26% mais alta que em hospitais que possuem proporções adequadas, mostrando assim a importância de manter o quadro de pessoal de acordo com as demandas da unidade (RAFFERTY *et al.*, 2007).

O baixo percentual de respostas positivas obtidas nas dimensões “trabalho em equipe entre as unidades” (50,0%) e “transferências internas e passagem de plantão” (41,7%) assemelham-se aos achados nos estudos de (ALAHMADI, 2010; MELLO, 2011; REIS, 2013); essa dimensão no ambiente hospitalar está diretamente relacionada a questões que envolvem à coordenação das equipes do hospital, cujo fortalecimento é essencial para garantia e continuidade no cuidado do paciente, sabendo que em hipótese alguma esse processo, pode ser comprometido (REIS, 2013).

A avaliação da segurança do paciente pelos respondentes apresenta discrepância em relação aos resultados obtidos em algumas dimensões da cultura de segurança que tiveram baixo percentual de respostas positivas, visto que (80,5%) avaliou a UTI como “muito boa” ou “excelente” (GRÁFICO 2). Na dimensão “percepção geral de segurança do paciente” se obteve o percentual médio dos itens de (46,6%), além disso, como já mencionado anteriormente, houve um percentual elevado de respondentes que não notificaram nenhum EA, logo, a avaliação não condiz com esses percentuais apresentados, levando em consideração que um dos componentes de grande transcendência do ponto de vista da segurança do paciente é o relato de eventos que envolvem o cuidado prestado, favorecendo o aprendizado a partir deles. Assim sendo, a resistência dos profissionais em notificar os erros seja por temer punições ou perder a credibilidade é coerente com o baixo percentual de respostas positivas obtidas na dimensão “respostas não punitivas aos erros”, tal como evidenciado pelo estudo dirigido por Reis (2013).

5. CONCLUSÃO

A cultura de segurança do paciente, na época atual, tem recebido uma atenção crescente. Trata-se de uma cultura organizacional complexa que descreve propriedades que estão presentes há um longo tempo em determinado local e que não podem ser facilmente mudadas. Envolve análise profunda da organização, incluindo como os membros da equipe interagem entre si, a fim de encontrar percepções comuns de segurança.

Este estudo teve como objetivo central analisar a cultura de segurança do paciente, na perspectiva dos profissionais de enfermagem de uma UTI privada da cidade de Bauru/SP, por meio do questionário HSOPSC desenvolvido pela AHRQ dos EUA. Assim sendo, os objetivos do estudo foram alcançados. A partir dos resultados deste estudo, suscitam a necessidade de mudanças em alguns aspectos de segurança do paciente. Estas mudanças devem ser vastas e englobar toda a organização hospitalar. É dever das lideranças o envolvimento e o impulso inicial devendo adotar a segurança do paciente como uma prioridade estratégica, garantindo investimentos para a promoção de práticas seguras e mantendo-se sempre a frente desse processo (MELLO, 2011).

É importante que a segurança do paciente seja compreendida pelos profissionais, pois é uma temática nova e ainda pouco difundida em nosso meio. As instituições de saúde devem promover treinamentos acerca do assunto de segurança do paciente, criar comitês, investir em sistemas de notificações de erros e EA, e ainda, criar mecanismos para fazer com que o ato de notificar seja facilitado e habitual; válido também, a aplicação de questionários que visam a mensuração da cultura de segurança.

Baseado nos resultados apresentados ao longo desta pesquisa, ficou comprovado uma cultura punitiva frente a ocorrência de erros, não somente nesta amostra da pesquisa, mas em outros estudos que foram condicionados para a construção desta análise. Tendo em vista, essa cultura punitiva, torna-se imprescindível a adoção de uma atitude aberta e justa em relação aos erros visando abolir: o medo, o silêncio e a culpa. Desse modo, considerando que sempre haverá erros, o melhor a ser feito é estabelecer uma cultura institucional educativa e não punitiva (FRANCO, 2005). A cultura da culpabilidade desencoraja a notificação de

erros, negligencia informações valiosas sobre eles, limita a capacidade de analisá-los, e ainda, impede de evitar a reincidência desses mesmos erros (REIS, 2013).

Adicionalmente, na unidade estudada foram identificadas fragilidades em relação a abertura para comunicação, adequação dos profissionais, apoio de gestão hospitalar, transferências internas e passagem de plantão e percepção geral de segurança do paciente. Logo, incumbe a instituição: fornecer abertura para diálogo, considerando opiniões e sugestões para o fortalecimento da cultura de segurança; fazer uma análise do quantitativo de pessoal, já que se trata de um importante indicador de segurança; garantir o envolvimento entre as lideranças do hospital, pois essa prática fortalece e garante uma assistência de qualidade para o paciente; válido salientar que os gestores são responsáveis pela promoção de práticas e atitudes que viabiliza a cultura de segurança do paciente.

Destaca-se a importância deste estudo, pois o mesmo poderá servir de subsídio para implementação de estratégias que visam fortalecimento da cultura de segurança do paciente na UTI estudada. É importante que para futuros estudos, sejam realizadas pesquisas com um quantitativo maior de participantes, ou seja, envolver além dos profissionais de enfermagem, os profissionais médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e todos os outros que fazem parte da equipe multidisciplinar da UTI, necessário que se aborde todos os domínios para que seja possível, através dos cálculos de inferência estatística, repensar e fortalecer a cultura de segurança do paciente na unidade, balizar metas a serem alcançadas e contribuir para a construção do conhecimento sobre cultura de segurança.

Por fim, a cultura de cada instituição e de cada país é distinta, portanto, estudos que seguem essa linha de pesquisa, merecem uma atenção maior, já que é uma temática extremamente importante, ainda pouco propagada e levando em consideração de que só é possível mudar panoramas de determinado local, conhecendo a fundo as potencialidades e fragilidades.

REFERÊNCIAS

ALAHMADI HÁ. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care* 2010; 19:1-5.

ANDRADE, L. E. L. *et al.* **Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão.** Natal, RN, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n1/161-172/pt?msckid=546f9f57b55611ec8d1cb9a0f299c562>. Acesso em: 05 abr. 2022.

ANDRADE, L. E. L, *et al.* **Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica.** Brasília, 2017. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000300455. Acesso em: 20 jun. 2022.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.** Brasília, 2017.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RESOLUÇÃO – RDC Nº36, DE 25 DE JULHO DE 2013.** Brasília, 2013.

ARMELLINO, D.; QUINN GRIFFIN, M.T.; FITZPATRICK, J.J. Structural empowerment and patient safety culture among registered nurses working in adult critical care units. *Journal of Nursing Management*, v.7, n. 18, p. 796-803, oct. 2010. Acesso em: 14 nov. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466.** 2012.

COSTA, D. B. *et al.* **CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: AVALIAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.** Londrina, PR, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ZWcDcxB9zC5KzbdMPZQrWYF/?format=pdf&msckid=310e6b14b55311ecb3a5a43912a6e1d4>. Acesso em: 05 abr. 2022.

DANTAS, W. N. **CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.** Fortaleza, CE, 2018. TCC (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Odontologia, Farmácia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Graduação de Enfermagem. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/37724/1/2018_tcc_wndantas.pdf. Acesso em: 02 nov. 2022.

FERNANDES, N.; FREIBERGER, M. F. SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO HOSPITALAR. *Revista Científica SMG.* 2018. Disponível em: <https://revista.smg.edu.br/index.php/cientifica/article/view/7>. Acesso em: 20 jun. 2022.

FRANCO, A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. *Colombia Médica*, v. 32, n. 2, p. 130-133, abr./jun. 2005.

KOIZUMI, M. S. **FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA EM ENFERMAGEM**. Rev. Esc. Enf. USP, v. 26, nº Especial, p. 33-47, out 1992.

MELLO, J. F. **CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM**. Florianópolis, SC, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103352/305244.pdf?sequence=1&msckid=360f15beb55511ec919da7fbaa912b2e>. Acesso em: 05 abr. 2022.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. 2009. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Estrutura%20Conceitual%20da%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20Int%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2022.

PADILHA, M. I. C. S.; VAGHETTI, H. H.; BRODERSEN, G. Gênero e Enfermagem: uma análise reflexiva. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, v.14(2), p.292-300. Acesso em: 17 out. 2022.

PANOZZO, S.J. **Lessons to be learnt: evaluating aspects of patient safety culture and quality improvement within an intensive care unit**. 2007. 417p. Thesis (Doctor of Philosophy) - University of Adelaide, School of Psychology, 2007. Acesso em: 14 nov. 2022.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação das evidências para a prática da enfermagem**. Tradução de Regina de Sales. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. **Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DvyWttQysxLyKhVSjdyF4Jf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2022.

PESQUISA PERFIL DA ENFERMAGEM NO BRASIL - **Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil** – FIOCRUZ/COFEN, Rio de Janeiro, 28 volumes. Produzido em 2016, publicado em 2017. Volume I – Brasil. Acesso em: 17 out. 2022.

RAFFERTY, A.M. *et al.* Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. **International Journal of Nursing Studies**, v. 44, p. 175-182, 2007. Acesso em: 15 nov. 2022.

READER, T.W. *et al.* Developing a team performance framework for the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, v. 37, n. 5, p. 1787- 1793, May. 2009. Acesso em: 14 nov. 2022.

REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. Rio de Janeiro, RJ, 2013. Tese de Doutorado. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dissertacao/cultura_seguranca_paciente_validacao_mensuracao_hospitalar.pdf. Acesso em: 15 nov. 2022.

RIOS, G.C.; HAGEMANN, L.B.; PEREIRA, P.A. **Relatório da pesquisa e-survey: o cuidado de enfermagem em emergência e a segurança do paciente**. Florianópolis, SC, 2010. (43 f.) TCC (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/120909/288722.pdf?sequence=1>. Acesso em: 02 nov. 2022.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Elementos de metodologia epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6^a ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 149-177.
SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. Hospital survey on patient safety culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.

SCHESTAK, F.C. **Cultura de segurança do paciente em hospital universitário: a opinião de profissionais de enfermagem**. Porto Alegre, RS, 2015. TCC (Graduação em enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Curso de Enfermagem – Bacharelado. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/183821/000987098.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 nov. 2022.

SORRA, J. *et al.* **Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2011 User Comparative Database Report**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011. Disponível em: < <http://www.ahrq.gov/qual/hospsurvey11/>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

SORRA, J.; NIEVA, V.; FAMOLARO, T.; DYER, N.; NELSON, D.; KHANNA, K.: Hospital Survey on Patient Safety Culture 2008 Comparative Database Report. Part II, III Rockville MD; 2008. AHRQ Publ. No. 08-0039 2008.

SOUZA, C. S. *et al.* Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Rio Grande, RS, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/HQZgjsypHfqPkkNVXb4DrsJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 abr. 2022.

TOMAZ, A. R. A. N. **EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**. Niterói, RJ, 2014. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/2754/TCC%20Amanda%20Rocha%20Amaral%20Nogueira%20Tomaz.pdf?sequence=1&msckid=d3fb64a0b55911ec928f8ef7fc24d7b6>. Acesso em: 05 abr. 2022.

TOMAZONI, A. *et al.* **AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**. Florianópolis, SC, 2015. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/552e/982da64108d5d16d0aeeec0d58e90d65ae1c.pdf?msckid=debb7dc8b55511eca92e7081f62e398a>. Acesso em: 05 abr. 2022.

VINCENT, C. **Segurança do paciente**. São Paulo: Yendis, 2009. Tradução de Rogério Videira.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a),

Gostaria de convidá-lo (a) a participar de um estudo intitulado **CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: a ótica dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva** que será desenvolvido pelo pesquisador Miguel dos Santos Andreo, estudante do curso de Enfermagem, sob orientação da Profa. Ma. Mayara Fálco Faria (COREN/SP 398012), docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Sagrado Coração (UNISAGRADO). O Sr. (a) não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações contidas neste termo e faça qualquer pergunta que desejar, a fim de que todas as dúvidas e procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Os objetivos da pesquisa são analisar e avaliar a cultura de segurança do paciente em uma Unidade de Terapia Intensiva sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem, por meio da aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) na versão “Painel de Especialistas”, identificando as potencialidades e fragilidades deste setor. Esse questionário é constituído por nove seções, dispostas da letra A à I, contabilizando 42 itens, é autoadministrado e engloba 12 dimensões da cultura de segurança do paciente e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchido.

Esclareço que: todos os princípios referentes à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata das pesquisas em seres humanos, são aqui respeitados quando consideramos que este estudo apresenta riscos mínimos, podendo estar relacionado apenas ao constrangimento durante a participação da pesquisa, diante de alguma pergunta do questionário, entretanto, caso isso aconteça, o Sr. (a) terá todo apoio necessário junto à clínica de psicologia do UNISAGRADO. Quanto aos benefícios, os resultados fornecerão dados em saúde que darão subsídio para ações frente à segurança dos pacientes atendidos pela equipe de enfermagem do seu local de trabalho.

A autonomia em participar ou desistir de contribuir para a pesquisa em qualquer período de seu desenvolvimento lhe é garantida. Em momento algum a identidade e as informações dadas serão reveladas, exceto aos responsáveis pela pesquisa. Os resultados e dados produzidos durante esse processo serão de conhecimento e tratamento exclusivo dos pesquisadores e utilizados somente para os objetivos da pesquisa.

Salienta-se que para participar desta pesquisa o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Os pesquisadores estarão sempre à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa e, para tal, no final deste documento se encontram seus nomes e forma de contato.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivado pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr. (a).

Pesquisadores responsáveis:

Nome: Mayara Fállico Faria.

Contato: (16) 99705-3144 / (14) 99177-9972 e/ou mayara.faria@unisagrado.edu.br.

Endereço: Av. Orlando Ranieri N° 10-110, Ap. 111 – Prq. Res. Camélias. Bauru – SP.

Nome: Miguel dos Santos Andreo.

Contato: (14) 99175-1762 / (14) 98839-9697 e/ou miguel.andreo12@outlook.com.

Endereço: Nagib Benedicto Saab N° 229 – Jd. Nilce. Agudos, SP.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:
CEP UNISAGRADO – Comitê de Ética em Pesquisa do UNISAGRADO Centro Universitário Sagrado Coração Rua Irmã Arminda 10-60, Bauru – SP.

Fone: (14) 2107-7340 / horário de funcionamento: 2ª. a 6ª. feira das 8:00 às 17:00.

E-mail: cep@unisagrado.edu.br.

O abaixo assinado _____, _____ anos, portador do RG/CPF: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após a leitura, tive a oportunidade de fazer questionamentos sobre o conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que sanaram todas minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. E declaro, ainda, estar recebendo uma via original assinada deste termo.

Bauru, ____/____/____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B – CARTA DE SOLICITAÇÃO



CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Bauru, 29 de agosto de 2022.

À Gestora de Enfermagem do Hospital Beneficência Portuguesa de Bauru/SP.

Encaminhamos o projeto de pesquisa “**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: a ótica dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva**” coordenado pela pesquisadora Profa. Ma. Mayara Fálco Faria e seu aluno Miguel dos Santos Andreo para ser avaliado a viabilidade de coleta de dados na instituição Hospital Beneficência Portuguesa.

A pesquisa tem o intuito de analisar e avaliar a cultura de segurança do paciente em uma unidade de terapia intensiva (UTI) sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem, por meio da aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) na versão “Painel de Especialistas”, identificando as potencialidades e fragilidades deste setor, sua execução apresenta risco mínimo, podendo estar relacionado apenas ao constrangimento durante a participação da pesquisa, diante de alguma pergunta do questionário, entretanto, caso isso aconteça, o participante terá todo apoio necessário junto à clínica de psicologia do Centro Universitário Sagrado Coração (UNISAGRADO). Os resultados da pesquisa fornecerão dados em saúde que darão subsídio para ações frente à segurança dos pacientes atendidos pela equipe de enfermagem da UTI.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do UNISAGRADO, com parecer número 5.496.998 e CAAE: 59882222.3.0000.5502. Destaca-se que todos os princípios e diretrizes propostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) serão respeitados. Será utilizado Termo de Consentimento Livre e



Esclarecido (TCLE) e, tanto os nomes dos participantes desta investigação, quanto o nome da instituição serão resguardados em sigilo nas futuras publicações, garantindo assim seu anonimato.

Enfatiza-se que o Hospital Beneficência Portuguesa de Bauru/SP é desvinculado de qualquer responsabilidade em face desse projeto de pesquisa.

Nesta oportunidade aproveitamos para reiterar nossos protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

Mayara Fálico Faria

Mayara Fálico Faria
Pesquisador Responsável

Miguel dos Santos Andreo

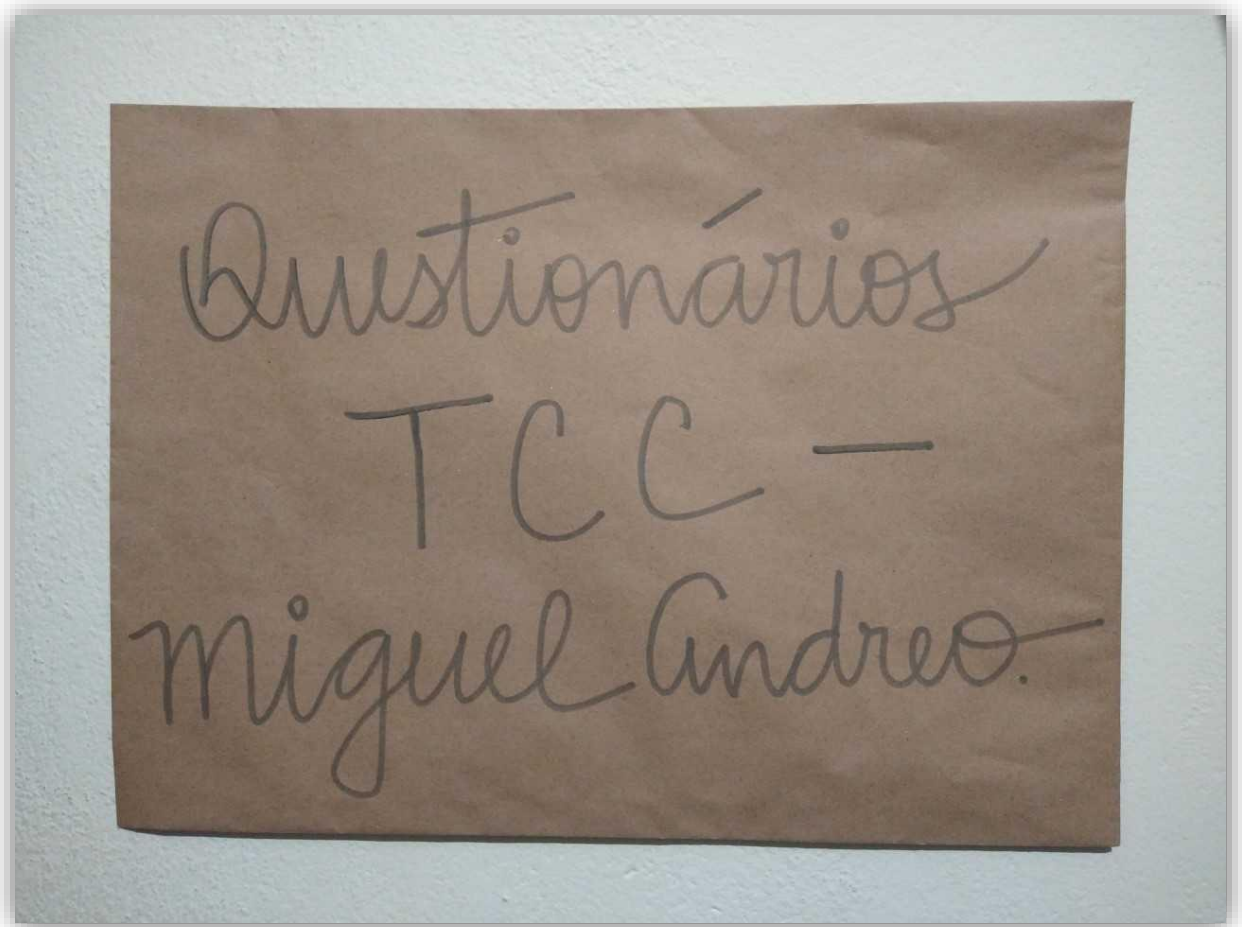
Miguel dos Santos Andreo
Pesquisador

Deferido

Indeferido ()

Nilde Q. de Almeida Lima
Gestora de Enfermagem
COREN-SP 62802
CPF: 085.373.498-19

Nilde Queiroz de Almeida Lima
Enfermeira COREN-SP 62802
Gestora de Enfermagem

APÊNDICE C – ENVELOPE: QUESTIONÁRIOS TCC

ANEXO A – QUESTIONÁRIO HSOPSC – VERSÃO “PAINEL DE ESPECIALISTAS”

Instruções

Esta pesquisa solicita suas opiniões sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e relato de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida. Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.

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

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

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho.

Nesta pesquisa, pense em sua “unidade” como área de trabalho, departamento, ou área clínica do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo 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, assinalando um “X” na sua resposta, sendo as opções:

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

Nº	SEÇÃO A	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras					
2	Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho					
3	Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente					
4	Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito					
5	Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente					
6	Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente					
7	Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente					
8	Os profissionais (independente do vínculo empregatício) consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usadas contra eles					

9	Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui					
10	Erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui apenas por acaso					
11	Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajuda.					
12	Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema					
13	Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade					
14	Nós trabalhamos em "situação de crise" tentando fazer muito e muito rápido					
15	A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída					
16	Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais					
17	Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente					
18	Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros					

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe.

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente, assinalando um "X" na sua resposta, sendo as opções:

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

Nº	SEÇÃO B	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					
2	O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para melhoria da segurança do paciente					
3	Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"					

4	O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente					
---	---	--	--	--	--	--

SEÇÃO C: Comunicação.

Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/ unidade de trabalho? Assinale "X" na sua resposta, sendo as opções:

- o Nunca
- o Raramente
- o Às vezes
- o Quase sempre
- o Sempre

Nº	SEÇÃO C	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1	Somos informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos					
2	Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente					
3	Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade					
4	Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores					
5	Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente					
6	Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo					

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados.

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem as falhas a seguir, com que frequência elas são relatadas? Assinale "X" na sua resposta, sendo as opções:

- o Nunca
- o Raramente
- o Às vezes
- o Quase sempre
- o Sempre

Nº	SEÇÃO D	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1	Quando ocorre erro, engano ou falha, mas é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?					
2	Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência é relatado?					
3	Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência é relatado?					

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente.

Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital. Assinale "X" na sua resposta, sendo as opções:

- Excelente
- Muito boa
- Regular
- Ruim
- Muito ruim

Nº	SEÇÃO E	Excelente	Muito Boa	Regular	Ruim	Muito Ruim
1	Avalie a segurança do paciente na sua unidade					

SEÇÃO F: O seu hospital.

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital. Assinale "X" na sua resposta, sendo as opções:

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

Nº	SEÇÃO F	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					
2	As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si					
3	O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra					
4	Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto					
5	É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno					
6	Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital					
7	Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital					
8	As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade					
9	A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso					

10	As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes					
11	Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes					

SEÇÃO G: Número de eventos relatados.

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você preencheu e apresentou?

- Nenhum relatório
- 1 a 2 relatórios
- 3 a 5 relatórios
- 11 a 15 relatórios
- 16 a 20 relatórios
- 21 relatórios 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?

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- 16 a 20 anos
- 21 anos ou mais

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

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- 16 a 20 anos
- 21 anos ou mais

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

- Menos que 20 horas por semana
- 20 a 39 horas por semana
- 40 a 59 horas por semana
- 60 a 79 horas por semana
- 80 a 99 horas por semana
- 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.

- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem

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

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

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

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- 16 a 20 anos
- 21 anos ou mais

SEÇÃO I: Seus comentários.

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

OBRIGADO POR PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO E FAZER PARTE DESTA PESQUISA.

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: a ótica dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva

Pesquisador: Mayara Falico Faria

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59882222.3.0000.5502

Instituição Proponente: Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.496.998

Apresentação do Projeto:

Este Projeto é um Trabalho de Conclusão de Curso visa analisar a cultura de segurança dos pacientes sob a ótica dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva de um hospital privado de Bauru/SP. É um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa que será composto por 47 profissionais de enfermagem (09 enfermeiros e 38 técnicos de enfermagem). A coleta de dados será realizada por meio do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), em sua versão "Painel de Especialistas". Os dados serão analisados por meio de técnicas de análise exploratórias, incluindo proporções, medidas de tendência central e variabilidade.

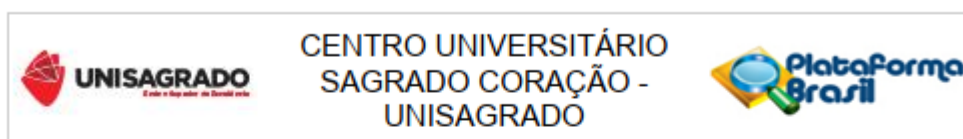
Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do Projeto é "Analisar a cultura de segurança dos pacientes sob a ótica dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva de um hospital privado de Bauru/SP."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo apresenta risco mínimo devido a possibilidade de constrangimento durante a aplicação do questionário. Caso ocorra, o participante poderá ser encaminhado para atendimento na clínica de psicologia do Unisagrado. Como benefício "os resultados fornecerão dados em saúde que darão subsídio para ações frente à segurança dos pacientes atendidos pela

Endereço: Rua Irmã Arminda, nº 10-50. Setor: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação.
Bairro: Jd Brasil **CEP:** 17.011-160
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)2107-7350 **E-mail:** cep@unisagrado.edu.br



Continuação do Parecer: 5.496.998

equipe de enfermagem em leito de UTI*.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A coleta deste Trabalho de Conclusão de Curso será realizada por meio do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) composto por 42 itens. O participante levará cerca de 20 minutos para respondê-lo. Como critério de inclusão, será considerado o tempo de atuação dos profissionais de no mínimo três meses na UTI onde será realizado o estudo e que aceite voluntariamente participar da pesquisa. Serão excluídos do estudo os profissionais que tenham menos de três meses de atuação na UTI onde será realizado o estudo, ou que no período da coleta dos dados, estejam afastados por motivos de licença de gestação, atestado de saúde, férias, suspensão da empresa e os que se negarem a participar da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos de apresentação exigidos pelo CEP e CONEP foram apresentados, e conforme solicitação anterior, foram inseridos na Folha de Rosto a data e a assinatura da pesquisadora.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

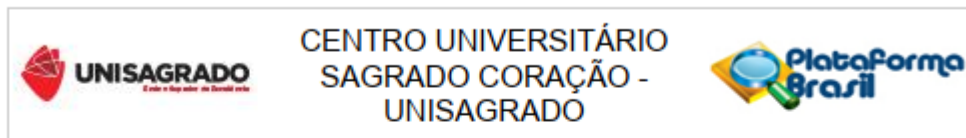
Projeto de Pesquisa aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1989344.pdf	28/06/2022 14:56:52		Aceito
Outros	CORRECAO.pdf	28/06/2022 14:56:15	Mayara Falico Faria	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_assinada.pdf	28/06/2022 14:53:39	Mayara Falico Faria	Aceito
Outros	SIGILO.pdf	21/06/2022 17:54:50	Mayara Falico Faria	Aceito
Outros	CARTA.pdf	21/06/2022 17:54:34	Mayara Falico Faria	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto_CEP.pdf	21/06/2022	Mayara Falico Faria	Aceito

Endereço: Rua Irmã Arminda, nº 10-50. Setor: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação.
 Bairro: Jd Brasil CEP: 17.011-160
 UF: SP Município: BAURU
 Telefone: (14)2107-7350 E-mail: cep@unisagrado.edu.br



Continuação do Parecer: 5.496.998

/ Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	17:54:07	Mayara Falico Faria	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/06/2022 17:53:54	Mayara Falico Faria	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 29 de Junho de 2022

**Assinado por:
Bruno Martinelli
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Irmã Arminda, nº 10-50. Setor: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação.
Bairro: Jd Brasil **CEP:** 17.011-160
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)2107-7350 **E-mail:** cep@unisagrado.edu.br

ANEXO C – CARTA DE AUTORIZAÇÃO



CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Nilde Queiroz de Almeida Lima, abaixo assinado, Gestora de Enfermagem do Hospital Beneficência Portuguesa de Bauru/SP, tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada “**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: a ótica dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva**” que será conduzida pelo discente Miguel dos Santos Andreo sob responsabilidade da Profa. Ma. Mayara Fálco Faria da instituição de ensino superior Centro Universitário Sagrado Coração (UNISAGRADO).

Bauru, 11 de 10 de 2022.

Nilde Q. de Almeida Lima
 Gestora de Enfermagem
 COREN-SP 62802
 CPF: 065.673.453/19

Nilde Queiroz de Almeida Lima
Enfermeira COREN-SP 62802
Gestora de Enfermagem