



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM

**LARYSSA FERREIRA GUIMARÃES**

**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA**

SÃO LUÍS

2018

**LARYSSA FERREIRA GUIMARÃES**

**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Phd Sirliane de Souza Paiva

**SÃO LUÍS**

2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Guimarães, Laryssa Ferreira. Cultura de segurança do paciente na unidade de terapia intensiva / Laryssa Ferreira Guimarães. - 2018. 73 f.

Orientador(a): Sirliane de Souza Paiva.  
Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,  
Universidade Federal do Maranhão, São Luís - MA, 2018.

1. Cultura organizacional. 2. Segurança do paciente.  
3. Unidades de Terapia Intensiva. I. Paiva, Sirliane de Souza. II. Título.

**LARYSSA FERREIRA GUIMARÃES**

**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Nota: \_\_\_\_\_

Banca Examinadora:

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sirliane de Souza Paiva  
Universidade Federal do Maranhão

---

Me. Flávia Danyelle Oliveira Nunes  
Universidade Federal do Maranhão

---

Me. Camila Evangelista Carnib Nascimento  
Universidade Federal do Maranhão

À Deus e minha família, com todo amor e carinho!

## AGRADECIMENTOS

À Deus, sobre todas as coisas, pelo dom da vida e proteção contínua, por guiar meus caminhos. À Nossa Senhora, por sua intercessão constante.

Aos meus pais, José Guimarães e Lourenilde Ferreira, por ensinarem-me a ser como sou e que a vida é muito mais e vai muito além do que podemos ver, por darem-me oportunidades de chegar aonde cheguei, sem medir esforços. Vocês são os maiores e melhores exemplos de fortalezas da minha vida. Obrigada por ensinarem a mim e meus irmãos a perseverar e batalhar todos os dias pelos nossos sonhos, dedicando sempre seu amor, carinho e paciência.

Aos meus irmãos pela união, partilha e alegria desempenhada em todos os momentos.

À minha avó pelo exemplo de mulher de força, conhecimento e sabedoria, pelo seu cuidado, por sempre rezar por mim e abençoar-me.

Aos meus familiares, tios e primos que compreenderam e entenderem minhas ausências para o estudo, que comemoram comigo a conclusão de mais uma fase da minha vida profissional, em especial, minha tia Rosângela Ferreira que esteve em todas as minhas apresentações acadêmicas, incentivando-me.

Ao Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), por todo o conhecimento de bases sólidas adquirido.

A todos os Docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, por terem sido fundamentais na construção de conhecimento para minha formação.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Doutora Sirliane de Paiva, exemplo de ser humano e profissional. Sua orientação com seus ensinamentos e conhecimentos foram indispensáveis. Obrigada por seu zelo e paciência, que teve comigo durante toda vivência acadêmica, pois cada momento me permitiu valiosos aprendizados.

Aos membros da banca que muito contribuíram para a construção, melhoria e finalização deste trabalho. Obrigada por disponibilizarem seu tempo e conhecimento.

Aos integrantes do grupo de pesquisa Habilidades Psicomotoras para o Cuidado (HPPC), pelo incentivo e pela ajuda durante execução do trabalho de campo e análise dos dados, em especial a Professora Mestra Flávia Danyelle Nunes que transmitia calma em meio as minhas ansiedades; à Alianna Pinto que se voluntariou e dedicou seu tempo a ajudar-me na análise dos dados tornando esta etapa mais leve e divertida.

Às minhas amigas Angélica Lima, Thássia Camila, Vanessa Lima e Adya Botelho pela amizade e companheirismo durante a graduação; Lívia Magalhães, que tem sido um anjo em todos os meus momentos de alegria e aflição, lembrando-me o quanto sou forte.

Aos amigos e tios da Paróquia São Francisco de Assis que me fortalecem com suas orações quando eu desanimava, que cuidavam de mim quando eu chorava ou sorria, pelos conselhos e relatos de experiências, meu muito obrigada!

Ao meu grupo de estágio, Ecclesia Kauana, Edna Rayane, Elainny Gladys, Eudijessica Melo, Ilkelyne de Freitas, Jeane França, seis mulheres incríveis com quem tive a oportunidade de compartilhar experiências profissionais durante um ano, baseada em companheirismo, amizade e cumplicidade, tornando essa jornada mais amena.

“Você pode encarar um erro como uma besteira a ser esquecida, ou como um resultado que aponta uma nova direção.”

Steve Jobs



## RESUMO

A segurança do paciente é compreendida como a redução, a um mínimo aceitável, de riscos que estejam associados ao cuidado de saúde. Nos últimos anos tem se destacado a promoção de um cuidado seguro, por meio de uma forte influência da cultura de trabalho. A cultura de segurança do paciente é composta por meio do agrupamento de valores, atitudes, competências e padrão de comportamentos individuais e coletivos. Este estudo teve por objetivo descrever a cultura de segurança do paciente na unidade de terapia intensiva, utilizando método descritivo, transversal e exploratório com abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por 51 membros da equipe de enfermagem, da unidade de terapia intensiva geral de um hospital universitário, localizado em São Luís, Maranhão. A coleta de dados aconteceu entre os meses de janeiro e fevereiro de 2018, por meio da aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, os dados obtidos foram inseridos e tabulados numa adaptação da planilha dinâmica em formato Microsoft® Excel®. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão com parecer consubstanciado nº 2.076.153. Entre os resultados evidenciamos: a predominância do sexo feminino, com 40 (78,4%) profissionais, 16 (31,4%) está na faixa etária entre 31 a 35 anos, 37 (72,5) são técnicos de enfermagem. Já com relação ao grau de escolaridade, 21 (41,2 %) enfermeiros concluíram a pós-graduação *lato sensu*. Logo 44 (86,3) da equipe trabalha na instituição, entre 1 a 5 anos. A carga horária semanal prevalente foi de 20 a 39 horas, desempenhada por 42 (82,4%) dos pesquisados. Quanto as dimensões avaliadas não identificamos nenhuma área forte para a segurança do paciente, obtendo relevância a dimensão “Respostas não punitivas aos erros” com 9 (17,6%) de respostas positivas. Concluímos que as dimensões “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” com 56,0% de respostas positivas e “Trabalho em equipe dentro da unidade” com percentil de 60,8%, foram classificadas como área em potencial para a segurança do paciente.

Palavra-chave: Segurança do paciente. Unidades de Terapia Intensiva. Cultura organizacional

## ABSTRACT

The Patient safety is understood as the reduction, to an acceptable minimum of risks that are associated with health care. In the last years the promotion of a safe care, through a strong influence of the culture of work has been emphasized. The safety culture of the patient is composed by the grouping of values, attitudes, competences and standard of individual and collective behaviors, so this study intent to describe the safety culture of the patient in the intensive care unit, using a descriptive, transversal and exploratory method with a quantitative approach. The population was constituted by 51 members of the nursing team, from the intensive care unit of a university hospital, located in São Luís, Maranhão. Data collection was performed between January and February 2018, through the application of the Survey on Patient Safety Culture questionnaire, the data was entered and tabulated in an adaptation of the spreadsheet in Microsoft® Excel® format. The research was approved by the Ethics an Research Committee of the Federal University of Maranhão, with substantiated opinion n° 2,076,153. Among the results we show: the predominance of females, with 40 (78.4%) professionals, 16 (31.4%) are in the age group between 31 and 35 years, 37 (72.5) are nursing technicians. Regarding the educational level, 21 (41.2%) nurses completed the lato sensu postgraduate course. Soon 44 (86.3) of the team works in the institution, between 1 to 5 years. The prevalent weekly workload was 20 to 39 hours, performed by 42 (82.4%) of the respondents. Regarding the dimensions evaluated, we did not identify any strong areas for patient safety, with the dimension "Non-punitive responses to errors" being relevant with 9 (17.6%) positive responses. We conclude that the dimensions "Organizational learning and continuous improvement" with 56.0% of positive responses and "Teamwork within the unit" with a percentile of 60.8% were classified as a potential area for patient safety.

**Keyword:** Patient safety. Intense care unit. Organizational culture.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D1: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes, na UTI, São Luís-MA, 2018.....	35
Gráfico 2- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D2: Aprendizado organizacional e melhoria contínua, na UTI, São Luís-MA, 2018 .....	37
Gráfico 3- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D3: Trabalho em equipe dentro das unidades, na UTI, São Luís-MA, 2018.....	38
Gráfico 4- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D4: Abertura para a comunicação, na UTI, São Luís-MA, 2018 .....	39
Gráfico 5- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D5: Retorno das informações e da comunicação sobre erro, na UTI, São Luís-MA, 2018 .....	41
Gráfico 6- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D6: Respostas não punitivas aos erros, na UTI, São Luís-MA, 2018.....	42
Gráfico 7- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D7: Adequação de profissionais, na UTI, São Luís-MA, 2018 .....	44
Gráfico 8- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D8: Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, na UTI, São Luís-MA, 2018 .....	45
Gráfico 9- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D9: Trabalho em equipe entre as unidades, na UTI, São Luís-MA, 2018.....	46
Gráfico 10- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D10: Passagens de plantão/turno e transferências internas, na UTI, São Luís-MA, 2018 .....	48
Gráfico 11- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D11: Percepção geral da segurança do paciente, na UTI, São Luís-MA, 2018.....	49
Gráfico 12- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: Grau geral de segurança do paciente, na UTI, São Luís-MA, 2018 .....	51
Gráfico 13- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D12: Frequência de eventos notificados na UTI, São Luís-MA, 2018 .....	52

Gráfico 14- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: Número de eventos de segurança notificados nos últimos meses, na UTI, São Luís-MA, 2018.....	53
--	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Descrição das 12 dimensões ou valores da cultura de segurança do paciente do Questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais.**Erro! Indicador não definido.**

Quadro 2- Comentário dos participantes acerca da segurança do paciente, segundo as dimensões do HSOPSC, São Luís-MA, Brasil. 2018 ..... 54

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1- Perfil socio demográfico dos profissionais de Enfermagem da UTI de um hospital de alta complexidade. São Luís-MA. Brasil. 2018 .....	30
Tabela 2- Distribuição das variáveis laborais relativas aos profissionais de Enfermagem da UTI de um hospital de alta complexidade. São Luís-MA. Brasil. 2018 .....	32
Tabela 3- Avaliação global de respostas positivas, negativas e neutras das doze dimensões da versão traduzida do HSOPSC da equipe de enfermagem na UTI, São Luís- MA. Brasil 2018.....	33

## LISTA DE SIGLAS

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AIEA	Agência Internacional de Energia Atômica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
CSP	Cultura de Segurança do Paciente
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HPPC	Grupo de Pesquisa Habilidades Psicomotoras para o Cuidado
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
HUUFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SP	Segurança do Paciente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>2. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA</b> .....	21
<b>3. OBJETIVO</b> .....	22
<b>3.1 Objetivo geral</b> .....	22
<b>3.2 Objetivos específicos</b> .....	22
<b>4. MÉTODOS E MATERIAIS</b> .....	23
<b>4.1 Tipo de estudo</b> .....	23
<b>4.2 Local e período do estudo</b> .....	23
<b>4.3 População</b> .....	23
<b>4.4 Instrumento da pesquisa</b> .....	24
<b>4.5 Coleta de dados</b> .....	27
<b>4.6 Análise dos dados</b> .....	28
<b>4.7 Aspectos éticos</b> .....	29
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	30
<b>5.1 Caracterização dos participantes quanto aos dados sócio demográficos</b> .....	30
<b>5.2 A cultura de segurança do paciente segundo as variáveis do HSOPSC</b> .....	33
5.2.1 Análise das dimensões da cultura de segurança do paciente, segundo a variável “Unidade de trabalho” .....	34
5.2.1.1 Dimensão D1: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes” .....	35
5.2.1.2 Dimensão D2: Aprendizado organizacional e melhoria contínua.....	36
5.2.1.3 Dimensão D3: Trabalho em equipe dentro da unidade .....	38
5.2.1.4 Dimensão D4: Abertura para a comunicação .....	39
5.2.1.5 Dimensão D5: Retorno das informações e da comunicação sobre erro .....	40
5.2.1.6 Dimensão D6: Respostas não punitivas aos erros .....	42
5.2.1.7 Dimensão D7: Adequação de profissionais.....	43
5.2.2 Análise das dimensões da cultura de segurança, segundo a variável da “Organização hospitalar” .....	45
5.2.2.1 Dimensão D8: Apoio da gestão hospitalar para a segurança .....	45
5.2.2.2 Dimensão D9: Trabalho em equipe entre as unidades .....	46



5.2.2.3	Dimensão D10: Passagens de plantão/turno e transferências internas.....	47
5.2.3	Análise das dimensões da cultura de segurança, segundo a variável “Medidas de resultados”.....	49
5.2.3.1	Dimensão D11: Percepção geral da segurança do paciente .....	49
5.2.3.1.1	Grau geral de segurança do paciente.....	50
5.2.3.2	Dimensão D12: Frequência de eventos notificados .....	51
5.2.3.2.1	Número de eventos de segurança notificados nos últimos meses.....	53
<b>5.3</b>	<b>Elementos subjetivos da percepção do participante sobre segurança do paciente, segundo as dimensões do HSOPSC.....</b>	<b>54</b>
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>55</b>
<b>__</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>56</b>
<b>__</b>	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>61</b>
<b>__</b>	<b>ANEXO A – QUESTIONÁRIO PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS (HSOPSC) .....</b>	<b>64</b>
<b>__</b>	<b>ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA .....</b>	<b>69</b>
<b>__</b>	<b>ANEXO C – PARECER DO COLEGIADO DO CURSO DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>72</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O crescimento dos processos de trabalho na assistência em saúde global busca promoção e qualidade de saúde. Para atingir esses cuidados com êxito, a segurança do paciente (SP) é um elemento essencial. Sendo compreendida como a redução, a um mínimo aceitável de riscos que estejam associados ao cuidado de saúde (OLIVEIRA, *et al.*, 2014); (SILVA, *et al.*, 2016).

Florence Nightingale foi a primeira a relatar manifestações de cuidado, com o foco na segurança, durante a Guerra da Criméia em 1854, após relacionar a mortalidade dos soldados em ambiente hospitalar com a do campo de batalha. Para reduzir as mortes elaborou e implementou ações de higiene correlacionadas com o ambiente. Porém, somente dois séculos após, com a publicação do relatório “Errar é humano: construindo um sistema de saúde seguro” do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (EUA) a SP passou a ser difundida, em larga escala por profissionais de saúde (REIS, 2013); (IOM, 1999).

No ano 2000 a Organização Mundial de Saúde (OMS) determinou como prioridade na programação das políticas de saúde ações relacionadas a SP. No Brasil essas iniciativas partiram da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) por meio do programa hospital sentinela em 2002, com objetivos de aumentar ações de vigilância e promover medidas de saúde seguras (SILVA; ROSA, 2016).

Em 2006, com a realização do Fórum Internacional Sobre Segurança do Paciente e Erro de Medicação, a formação de organizações multiprofissionais, tornou-se consequência, dentre essas, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) instituída em 2008, para propagar e fortalecer a cultura de segurança do paciente (MATIELLO, *et al.*, 2016).

Na sequência, foi formada a Aliança Mundial para a SP que tem por finalidade reduzir os erros durante a prestação da assistência; em 2011 foi publicada a Resolução nº 63-ANVISA que discorre sobre as boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde, focalizando em minimizar agravos durante a implementação da assistência em saúde (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, em 2013, no Brasil é lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído por meio da Portaria MS/GM nº 529/2013, alavancando a qualificação do cuidado em saúde no tocante a segurança (FERMO, *et al.*, 2016)

Considerando a PNSP, a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) é um componente crítico para à qualidade dos serviços de saúde; Por consistir no agrupamento de valores,

atitudes, competências e padrão de comportamentos individuais e coletivos, que por sua vez, influenciam diretamente no ambiente de trabalho. Permitindo identificar e gerir questões relevantes durante a implementação da assistência, diminuindo erros (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, a CSP carrega influência direta do trabalho das equipes interdisciplinares, do compromisso dos líderes com a segurança e do apoio da gestão e de ações com caráter não punitivo. A Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA) estima que as habilidades de autocontrole, troca de informações, capacitações e monitoramento são indicadores para mensurar e desenvolver práticas que fortaleçam a cultura de segurança nas instituições e entre os profissionais. (SILVA; BARBOSA, 2016)

Entretanto o maior desafio para as instituições de saúde é a promoção da cultura não punitiva, onde os erros são vistos como oportunidades de melhorias. Tendo em vista esse aperfeiçoamento, as organizações devem compreender sua cultura atual, para em seguida planejar e implementar ações que diminuam as falhas dos processos de trabalho e reduzir os eventos adversos. (GAWRON; OSELAME; NEVES, 2016)

Dessa forma, a CSP fortificada na instituição de saúde proporciona um ambiente profissional com espírito de coesão, elevado nível de comprometimento entre os diferentes profissionais, serviços e departamentos que constituem toda a rede de cuidado. Entre os profissionais da equipe multidisciplinar, destaque-se a equipe de enfermagem, pela atuação em diversas áreas, do seu exercício profissional, desenvolvendo ações diretas e indiretas na assistência à saúde e promovendo continuidade no cuidado com a equipe multiprofissional, atingindo as dimensões relacionadas a segurança do paciente. (MARINHO, 2012); (MELLO; BARBOSA, 2017).

Dentre os campos de atuação da equipe de enfermagem, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), é considerada como área de maior potencial para incidência de eventos adversos, em virtude da gravidade dos pacientes e da complexidade de intervenções terapêuticas, que em sua maioria estão aliadas às novas tecnologias. (DUCCI, 2015)

Somando as circunstâncias supracitadas à tensão e a ansiedade entre os profissionais que atuam nas UTI, podemos compreender a influência negativa que esses fatores causam na qualidade da assistência prestada, onde os riscos para a efetivação do erro são mais prováveis, portanto, o cuidado pautado na qualidade e segurança se torna imprescindível (MOURA *et al.*, 2011).

Dessa maneira torna-se iminente realizar estudos com a finalidade de identificar os fatores organizacionais que impedem a formação da CSP, já que a cultura dentro de uma

organização pode apresentar diferenças entre subgrupos e categorias profissionais, em virtude de suas especificidades, além de suas atitudes e valores individuais. (MATIELLO *et al.*, 2016).

Nesse contexto, a segurança do paciente reflete a oferta de cuidados com qualidade, resultando em uma prática com o mínimo de atos inseguros, cujo objetivo principal é alcançar os melhores resultados para o paciente. Diante da definição do objeto de estudo, formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa: como se manifesta a CSP entre profissionais de enfermagem que trabalham na UTI?

Portanto, considera-se notório o impacto da realização de pesquisas para o reconhecimento das causas e situações que apresentem vulnerabilidade para o erro e que contribuam com sua ocorrência. Em consequência, oportunizando a minimização de eventos adversos proporcionando assistência segura, o que eleva os níveis de confiabilidade nos profissionais, bem como, no sistema de saúde.

## **2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA**

A segurança do paciente é um tema discutido mundialmente sendo considerado prioritário na área da saúde, devido a sua complexidade durante a assistência e dos processos de trabalho. A ocorrência de incidentes durante o cuidado, apesar de indesejável, é uma realidade que deve ser avaliada e questionada quanto aos resultados experimentados (SILVA, 2010).

Dessa forma, o interesse partiu da observação de erros cometidos por profissionais durante as práticas hospitalares e das iniciativas do Grupo de Pesquisa Habilidades Psicomotoras para o Cuidado (HPPC), em conhecer a cultura de segurança da cidade, necessária para que a assistência em saúde se torne mais eficaz e segura.

Sendo assim o desenvolvimento de pesquisas científicas com essa temática apresenta a finalidade de compreender a cultura de segurança hospitalar na UTI de um hospital universitário do Maranhão.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 Objetivo geral**

Determinar a cultura de segurança do paciente na UTI entre profissionais de enfermagem, a partir das dimensões do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar os elementos com potencial para melhoria da segurança do paciente;
- Identificar os elementos fortes das dimensões em segurança do paciente.

## **4 MÉTODOS E MATERIAIS**

### **4.1 Tipo de estudo**

A pesquisa é do tipo descritiva, transversal, exploratória de abordagem quantitativa.

### **4.2 Local e período do estudo**

A pesquisa foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital Universitário Presidente Dutra, no Município de São Luís, Maranhão, Brasil.

Essa instituição é integrada ao complexo Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA, que tem por finalidade a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão na área de saúde e afins. Apresentando certificação de ensino pelo Ministério da Educação - MEC e Ministério da Saúde – MS. Possui 573 leitos, sendo 77 de UTI (Neonatal, Adulto e Pediátrica).

A coleta de dados ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2018.

### **4.3 População**

A pesquisa foi realizada com os profissionais que compõem a equipe enfermagem: enfermeiros e técnicos, que trabalham na UTI geral da instituição pesquisada, que estivessem em contato direto e indireto com os pacientes (supervisores, chefes e coordenadores de enfermagem), cujas funções afetam diretamente o cuidado aos mesmos.

Fizeram parte da pesquisa os profissionais com carga horária semanal a partir de 20 horas no hospital e que declararam, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a sua participação (APENDICE A).

Foram excluídos os profissionais de férias, licença saúde, sem vencimento ou maternidade durante o período da coleta de dados e os em regime de trabalho voluntário, como estudantes de graduação ou residentes de enfermagem em função da natureza de sua inserção, isto é, por estarem em processo de formação e não fazerem parte do quadro efetivo de funcionários.

A população foi de 68 profissionais, dos quais 51 compuseram a amostra, sendo que 8 profissionais estavam de férias, 5 de licença médica, 1 abandonou o trabalho, 2 desistiram

após as três tentativas de resgate e 1 respondeu menos da metade do questionário.

#### **4.4 Instrumento da pesquisa**

Utilizamos para a coleta de dados o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* – HSOPSC (ANEXO A) criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* – AHRQ dos Estados Unidos em 2004 (REIS, 2013).

Trata-se de um instrumento traduzido e validado para o português do Brasil, disponibilizado para domínio público pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente – PROQUALIS e tem por objetivo avaliar as múltiplas dimensões da segurança do paciente seja a nível individual, por unidade/setor hospitalar ou do hospital como um todo.

O questionário apresenta 4 variáveis: unidade de trabalho, organização hospitalar, medidas de resultado e sociodemográficas. É composto por 9 seções nomeadas de A a I que englobam 53 itens, dos quais 44 estão relacionados a questões específicas de cultura de segurança do paciente e nove às informações profissionais dos participantes. Nas sete primeiras sessões (A, B, C, D, E, F, G) foram mensuradas as 12 dimensões da cultura de segurança do paciente em escalas de item único ou escalas de múltiplos itens. A seção H possui nove itens que têm por finalidade a caracterização dos sujeitos de pesquisa, e por fim, a unidade I é um espaço destinado aos comentários relativo a segurança do paciente, erros e relatórios de eventos adversos no hospital.

O quadro 1 apresenta as variáveis do HSOPSC distribuídas em 12 dimensões da cultura de segurança, assim como a localização da seção e dos itens avaliados e o quadro 2 descreve as dimensões ou valores de cultura de segurança.



Quadro 1- Variáveis, dimensões, seção e itens avaliados pelo HSOPSC

<b>VARIÁVEL UNIDADE DE TRABALHO – 7 Dimensões</b>	<b>SEÇÃO</b>	<b>ITENS AVALIADOS</b>
1.Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes	B	B1, B2, B3R, B4R
2.Aprendizado organizacional e melhoria contínua	A	A6, A9, A13
3.Trabalho em equipe dentro das unidades	A	A1, A3, A4, A11
4.Abertura da comunicação	C	C2, C4, C6R
5.Retorno das informações e da comunicação sobre erro	C	C1, C3, C5
6.Respostas não punitivas aos erros	A	A8R, A12R, A16R
7.Adequação de profissionais	A	A2, A5R, A7R, A14R
<b>VARIÁVEL ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR – 3 Dimensões</b>		
8.Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	F	F1, F8, F9R
9.Trabalho em equipe entre as unidades	F	F2R, F4, F6R, F10
10.Passagens de plantão/turno e transferências internas	F	F3R, F5R, F7R, F11R
<b>VARIÁVEL MEDIDAS DE RESULTADOS – 2 Dimensões</b>		
<b>11.Percepção geral da segurança do paciente</b>		
Percepção geral da segurança do paciente	A	A10R, A15, A17R, A18
Grau geral de segurança do paciente	E	Único
<b>12.Frequência de eventos notificados</b>		
Frequência de eventos notificados	D	D1, D2, D3
Número de eventos de segurança notificados nos últimos meses	G	Único
<b>VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>		
Tempo de trabalho na instituição; tempo de trabalho na unidade; horas trabalhadas na instituição; posição de trabalho na instituição; interação com o paciente; tempo de trabalho na especialidade; grau de instrução; idade; sexo	H	9 Itens
<b>SEUS COMENTÁRIOS</b>		
Comentário sobre segurança de paciente	I	Pergunta única

Fonte: adaptado de Olsen (2008) apud Reis (2013)

Quadro 2- Descrição das 12 dimensões ou valores da cultura de segurança do paciente do Questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais.

Nº	DIMENSÃO	DEFINIÇÃO
1	Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes	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.
2	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.
3	Trabalho em equipe dentro das unidades	Define se os funcionários apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe.
4	Abertura da comunicação	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.
5	Retorno das informações e da comunicação sobre erro	Avalia a percepção dos funcionários no hospital, se eles notificam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias para evitar erros no futuro.
6	Respostas não punitivas aos erros	Avalia como os funcionários sentem-se 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.
7	Adequação de profissionais	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.
8	Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	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.
9	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.
10	Passagens de plantão/turno e transferências internas	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.
11	Percepção geral da 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.
12	Frequência de eventos notificados	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: Adaptado de PROQUALIS, 2015. Questionário sobre segurança do paciente em hospitais (HSOPSC).

As dimensões organizadas nas seções A, B, C, D e F são mensuradas sob a forma de Escala de *Likert* graduada em 5 pontos que indicam o nível de concordância do respondente: 1. discorda fortemente, 2. discorda, 3. nenhum dos dois, 4. concorda fortemente e, 5. concorda. As dimensões referentes às variáveis de resultado (seção E e G) foram respondidas respectivamente da seguinte forma:

- a. Grau de segurança do paciente – mensura em escala de 5 pontos de excelente (1) a muito ruim (5);
- b. Número de eventos de segurança notificados nos últimos meses – resposta de “nenhuma

notificação” a “21 ou mais notificações”.

A seção H possui 9 itens que têm por finalidade a caracterização dos sujeitos da pesquisa e, por fim, há um espaço destinado aos comentários relativos à segurança do paciente, erros e relatórios de eventos adversos no hospital. Esse espaço foi preenchido pelos participantes que se sentiram à vontade para tecer tais comentários.

Cada instrumento continha um código alfanumérico de três dígitos, que também está registrado no TCLE (APÊNDICE A) correspondente a cada sujeito da pesquisa. Essa codificação manterá a identidade do participante preservada durante a digitação e análise dos dados, porém permitirá o resgate de suas informações, no banco de dados, para exclusão em caso de desistência de sua participação na pesquisa. O instrumento foi preenchido pelo sujeito da pesquisa, com tempo médio de resposta de 10 a 20 minutos.

#### **4.5 Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, seguido por uma reunião com a Chefia e Supervisores da Coordenação de Enfermagem da UTI para apresentar o estudo, seus objetivos, inclusão dos sujeitos, instrumento e procedimentos de coleta de dados, bem como para sensibilizá-los quanto à importância da pesquisa e da participação e cooperação dos mesmos na sua execução.

Posteriormente, foi realizada a abordagem individual aos profissionais de enfermagem, em seu local de trabalho, no momento em que estavam disponíveis, convidando-os a participar da pesquisa, apresentando os objetivos, a importância, o instrumento da pesquisa, assim como esclarecidas as dúvidas, ressaltamos que sua participação seria de forma voluntária, não remunerada, que não incorreria em prejuízos a sua integridade física, psicológica ou financeira, bem como da preservação de sua identidade e da possibilidade de se retirar da pesquisa a qualquer momento se assim desejasse.

Aos profissionais que demonstraram interesse em participar da pesquisa, foi entregue duas cópias do TCLE para leitura e assinatura, ficando uma das cópias de posse do sujeito e a outra de posse do pesquisador. Após assinatura do TCLE, foi entregue o questionário ao participante, para preenchimento e posterior devolução.

Destacamos que cada participante respondeu o questionário quando estava disponível durante o então turno de trabalho e a devolução ocorreu na mesma data. Aos voluntários, que por algum motivo não apresentaram disponibilidade para responder na data da

abordagem, a pesquisadora realizou tentativas em três datas subsequentes.

#### **4.6 Análise dos dados**

Inicialmente realizamos uma análise exploratória dos questionários para identificar e eliminar àqueles que apresentaram respostas altamente assimétricas ou elevado número de respostas ausentes.

Dessa forma, foram excluídos os questionários nos quais o participante: respondeu menos de uma seção inteira do questionário; respondeu menos da metade dos itens de todo o questionário, em diferentes seções e apresentou a mesma resposta em todos os itens, denotando assim, que o participante não dispensou a atenção necessária ao preenchimento do instrumento, uma vez que as seções contêm itens reversos. (SORRA; NIEVA, 2004).

Os questionários ainda foram revisados quanto à presença de respostas duplas, ilegíveis ou rasurados. No caso de respostas duplas, com significado convergente, por exemplo, discordo e discordo totalmente ou concordo e concordo totalmente; foi mantida, por consenso dos pesquisadores, a opção com maior escore. Já as respostas duplas de significado divergente, ilegíveis ou rasuradas foram consideradas como informações ausentes na sentença.

Os dados foram inseridos em uma planilha dinâmica em formato Microsoft® Excel® disponibilizada em meio eletrônico pela AHRQ. A ferramenta gerou resultados, dispostos em tabelas e gráficos, com base nos dados inseridos em campos específicos da planilha. Os campos de fórmulas que geram os resultados não podem ser alterados.

A avaliação da cultura de segurança ocorreu por meio do percentual de respostas neutras, positivas e negativas obtidas em cada dimensão sobre cultura de segurança do paciente. As respostas neutras compreendem àquelas em que foram assinaladas a opção 3 (“não concordo nem discordo” ou “às vezes”) para qualquer item. As respostas positivas referem-se àquelas em que foram assinaladas a opção 4 ou 5 (“concordo/concordo totalmente” ou “quase sempre/sempre”) para as sentenças formuladas de forma positiva, ou 1 ou 2 (“discordo/discordo totalmente” ou “nunca/raramente”) para as sentenças formuladas negativamente. As respostas negativas compreendem àquelas em que foram assinaladas as opções 1 ou 2 (“discordo/discordo totalmente” ou “nunca/raramente”) para as perguntas formuladas de forma positiva, ou 4 ou 5 (“concordo/concordo totalmente” ou “quase sempre/sempre”) nas sentenças formuladas negativamente (SORRA; NIEVA, 2004).

Reiteramos que dos 53 itens do questionário, 18 foram formulados de forma reversa e identificados pela letra “R”: A5R, A7R, A8R, A10R, A12R, A14R, A16R, A17R, B3R, B4R, C6R, F2R, F3R, F5R, F6R, F7R, F9R, F11R. Como são interpelações negativas, o escore equivalente também é reverso. Quando o participante discordou dos itens formulados de forma negativa, o resultado indicou uma percepção positiva.

Os resultados gerados permitiram identificar as áreas fortes da segurança do paciente e dividem-se em potencial para a melhoria e pontos fortes da organização. Sendo consideradas “áreas fortes da segurança do paciente” no hospital aquelas cujos itens escritos positivamente obtiveram 75% de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”), ou aquelas cujos itens escritos negativamente, obtiveram 75% das respostas negativas. Foram considerados “áreas com potencial para segurança do paciente” àquelas que obtiveram entre 50% e 75% de respostas positivas. Da mesma forma, são consideradas “áreas frágeis da segurança do paciente” e que necessitam de melhoria aquelas cujos itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas (“discordo totalmente” ou “discordo”) (SORRA; NIEVA, 2004).

#### **4.7 Aspectos éticos**

O estudo em questão faz parte do projeto de pesquisa, intitulado: “Cultura de segurança do paciente entre profissionais de Enfermagem em hospitais públicos de São Luís/MA” desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa Habilidades Psicomotoras para o Cuidado (HPPC), financiado pelo edital 31/2016 da FAPEMA. Aprovada pelo do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) designado via Plataforma Brasil, sob parece de nº 2.076.153 (ANEXO B) seguindo as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional Saúde e aprovada pelo Colegiado do Curso de Enfermagem (ANEXO C).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste item serão apresentados os resultados da pesquisa, com simultânea discussão dos dados, a seguir: descrição dos dados sociodemográficos e laborais dos participantes do estudo, a cultura de segurança do profissional segundo as variáveis e as 12 dimensões do HSOPSC.

### 5.1 Caracterização dos participantes quanto aos dados sociodemográficos

A descrição do perfil sociodemográfico dos participantes, segundo as variáveis qualitativas do estudo, encontram-se nas tabelas 1 e 2, respectivamente.

Tabela 1- Perfil sociodemográfico dos profissionais de Enfermagem da UTI de um hospital de alta complexidade. São Luís-MA. Brasil. 2018

<b>Variáveis</b>	<b>Categoria</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
Sexo	Feminino	40	78.4	51
	Masculino	11	21.6	
Idade	Menor de 25	0	0	51
	De 25 a 30 anos	11	21.6	
	De 31 a 35 anos	16	31.4	
	De 36 a 40 anos	13	25.5	
	De 41 a 45 anos	4	7.8	
	De 46 a 50 anos	7	13.7	
Cargo/Função	Enfermeiro	14	27.5	51
	Técnico de enfermagem	37	72.5	
Escolaridade	Ignorado	0	0	51
	Fundamental Incompleto	0	0	
	Fundamental Completo	0	0	
	Médio Incompleto	0	0	
	Médio Completo	8	15.7	
	Superior Incompleto	6	11.8	
	Superior Completo	14	27.5	
	Especialização	21	41.2	
Mestrado / Doutorado	2	3.9		

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora. São Luís/MA, 2018.

Notamos na tabela 1, a predominância dos participantes do gênero feminino, com 40 (78,4%) profissionais. A maioria dos pesquisados está na faixa etária entre 31 e 35 anos

(31,4%). O cargo de técnico de enfermagem é exercido por 37 (72,5%) profissionais. Em relação ao grau de escolaridade, 21 (41,2%) afirmam ter concluído pós-graduação *lato sensu*.

Estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), por meio de iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), em 2013, com a finalidade de traçar o perfil da Enfermagem no Brasil, o estudo descreve que 84,6% dos profissionais de Enfermagem são mulheres, onde a maioria está na faixa etária de 31 a 35 anos. Quanto a função exercida, foi identificado 80% de técnicos e auxiliares de enfermagem e 20% de enfermeiros. Já o grau de escolaridade dos técnicos de enfermagem, possuíam nível escolaridade maior que o exigido pela categoria em vista do aprimoramento profissional. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2013).

Dos profissionais investigados num Hospital Universitário de Santa Catarina, observou-se o predomínio do gênero feminino (91,42%), salientando a visão da Enfermagem como profissão predominantemente feminina, enaltecendo o contexto histórico da enfermagem, com as freiras cuidando dos soldados oriundos das guerras; no tocante à função desempenhada 34 (48,57%) profissionais exercia a função de técnicos de enfermagem (BATISTA, 2015).

Silva-Batalha e Melleiro (2015), e em estudo realizado em São Paulo, identificaram que entre 301 profissionais de enfermagem, 172 (57,2%) apresentaram faixa etária predominante de 26 a 35 anos. Entretanto o grau de escolaridade majoritário foi de 114 (34,5%) participantes com ensino médio completo.

Tabela 2- Distribuição das variáveis laborais relativas aos profissionais de Enfermagem da UTI de um hospital de alta complexidade. São Luís-MA. Brasil. 2018

Variáveis	Categoria	N	%	Total
Tempo que trabalha neste hospital	Menos de 1 ano	3	5,9	51
	1 a 5 anos	44	86,3	
	6 a 10 anos	0	0,0	
	11 a 15 anos	4	7,8	
	16 a 20 anos	0	0,0	
Tempo que trabalha na sua atual área/unidade	Menos de 1 ano	3	5,9	51
	1 a 5 anos	40	78,4	
	6 a 10 anos	3	5,9	
	11 a 15 anos	4	7,8	
	16 a 20 anos	1	2,0	
	21 ou mais anos	0	0,0	
Carga horaria semanal	20 a 39 horas	42	82,4	51
	40 a 59 horas	9	17,6	
Contato direto com os pacientes	Sim	50	98,0	51
	Não	1	2,0	

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora. São Luís/MA, 2018.

Podemos observar na tabela 2 os resultados das variáveis laborais relativas aos profissionais de Enfermagem na UTI pesquisada. Ressaltamos que 44 (86,3%) membros da equipe trabalham na instituição, entre 1 a 5 anos, dado que se assemelha ao tempo de serviço na área de unidade de terapia intensiva. Com relação à carga horária semanal identificou-se, 42 (82,4%) profissionais com jornada de 20 a 39 horas; no que concerne ao contato direto ao paciente, 50 (98%) profissionais afirmam que realizam

Nos achados do estudo de Santiago e Turrini (2015), em quatro UTI, de um hospital público de ensino, em um município de São Paulo, foi encontrado que o tempo de trabalho na instituição, era em média de 6,7 anos, já o período de trabalho na unidade é de 5,8 anos.

Os dados encontrados na tabela 2, aproximam-se a pesquisa realizada no Centro-Oeste do Brasil, cujo objetivo é apontar as fortalezas e fraquezas na construção da CSP, dos 117 enfermeiros entrevistados, 102 (87%) relataram executar a carga horária de 20 a 36 horas semanais e 112 (96%) afirmam prestar assistência direta ao paciente. (TOBIAS, 2016)



## 5.2 A cultura de segurança do paciente segundo as variáveis do HSOPSC

A análise da CSP, por meio do instrumento HSOPSC, composto por 12 dimensões, será apresentada, por variáveis, dessas, sete correspondem à “Unidade de Trabalho”, três estão relacionadas à variável “Organização Hospitalar” e duas são referentes à variável “Medidas de Resultados”.

A tabela 3, apresenta a avaliação global da CSP na UTI de um hospital de alta complexidade de São Luís - MA, em seguida a discussão de cada dimensão, de acordo com as variáveis acima ressaltadas

Destacamos que os resultados encontrados foram contabilizados sobre as respostas válidas nos questionários, uma vez que alguns profissionais não responderam o instrumento em sua totalidade.

Tabela 3- Avaliação global de respostas positivas, negativas e neutras das doze dimensões da versão traduzida do HSOPSC da equipe de enfermagem na UTI, São Luís- MA. Brasil 2018

Dimensão	Positivas		Neutras		Negativas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
D1- Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes	18	36,0	11	22,0	21	42,0	50	99
D2- Aprendizado organizacional e melhoria continua	28	56,0	12	24,0	10	20,0	50	99
D3- Trabalho em equipe dentro da unidade	31	60,8	9	17,6	11	21,6	51	100
D4- Abertura para comunicação	13	25,5	17	33,3	21	41,2	51	100
D5- Retorno das informações e da comunicação sobre o erro	13	25,5	18	35,3	20	39,2	51	100
D6- Respostas não punitivas aos erros	9	17,6	11	21,6	31	60,8	51	100
D7- Adequação de profissionais	20	40,0	6	12,0	24	48,0	50	99
D8- Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	13	28,3	16	34,8	17	37,0	50	99
D9- Trabalho em equipe entre as unidades	22	44,0	12	24,0	16	32,0	50	99
D10- Passagem de plantão/turno e transferências	20	39,2	16	31,4	15	29,4	51	100
D11- Percepção geral da segurança do paciente	16	32,0	10	20,0	24	48,0	50	99
D12- Frequência de eventos notificados	13	26,0	14	28,0	23	46,0	50	99

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2018

Ao observarmos na tabela 3 o percentual de respostas positivas, neutras e negativas das 12 dimensões da CSP, notamos que nenhuma dimensão alcançou o *score* acima de 75%, que para AHRQ é a pontuação mínima para ser classificada como área forte da segurança do paciente. Entretanto, percebemos que nas dimensões D2 “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” obtiveram 28 (56%) respostas positivas e D3 “Trabalho em equipe dentro da unidade” 31 (60,8%) o que permite classificá-las segundo a AHRQ como áreas em potencial para a segurança do paciente.

Em contrapartida, as dimensões D1 “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes” obteve 18 (36,0%) respostas positivas; D4 “Abertura para comunicação” 13 (25,5%); D5 “Retorno das informações e da comunicação sobre o erro” 13 (25,5); D6 “Respostas não punitivas aos erros” 9 (17,6); D7 “Adequação de profissionais” 20 (40%); D8 “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” 13 (28,3%); D9 “Trabalho em equipe entre as unidades” 22 (44%); D10 “Passagem de plantão/turno e transferências internas” 20 (39,2%); D11 “Percepção geral da segurança do paciente” 16 (32%) e D12 “Frequência de eventos notificados” 13 (26%), foram classificadas como elementos frágeis para a cultura de segurança do paciente, por apresentarem *score*, inferior a 50%

A seguir, será apresentada a análise dos resultados para cada dimensão que compõe a CSP, por meio das variáveis do HSOPSC.

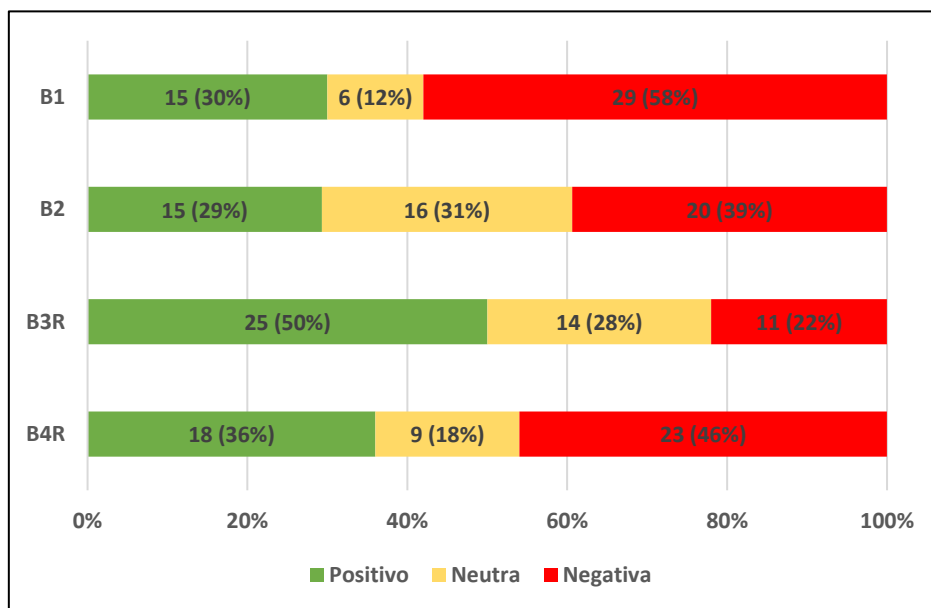
### 5.2.1 Análise das dimensões da cultura de segurança do paciente, segundo a variável “Unidade de trabalho”

Essa variável é composta por sete dimensões da CSP: D1 “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes”; D2 “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”; D3 “Trabalho em equipe dentro das unidades”; D4 “Abertura para a comunicação”; D5 “Retorno e comunicação a respeito de erros”; D6 “Respostas não punitivas aos erros” e D7 “Adequação de profissionais”.

### 5.2.1.1 Dimensão D1: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes”

A dimensão D1 composta pelos itens B1, B2, B3R e B4R, considera a participação dos funcionários no processo de melhoria da segurança do paciente e os reconhecem como integrantes do processo.

Gráfico 1- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D1: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes, na UTI, São Luís-MA, 2018



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

Observamos no gráfico 1, ao que concerne ao item B1 “O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente”, percebemos que 29 (58%) dos profissionais de enfermagem da UTI discordaram. O item B2, “O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente” 20 (39%) diferem da afirmação.

No quesito B3R “Sempre que a pressão aumenta meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique pular etapas” 25 (50%) dos participantes divergiram da afirmação. Em B4R “O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente” foi avaliado por 23 (46%) profissionais de forma negativa para a segurança do paciente.

Dessa forma, é possível referir que na UTI não há uma boa relação com os supervisores/gerentes das unidades, por não considerarem importante os elogios aos integrantes da equipe e suas sugestões, consequência de uma comunicação e gestão frágil, para a segurança do paciente. Na avaliação global (tabela 3), a dimensão D1 foi classificada como área fraca para a segurança do paciente, por apresentar *score* avaliativo de 36,0%.

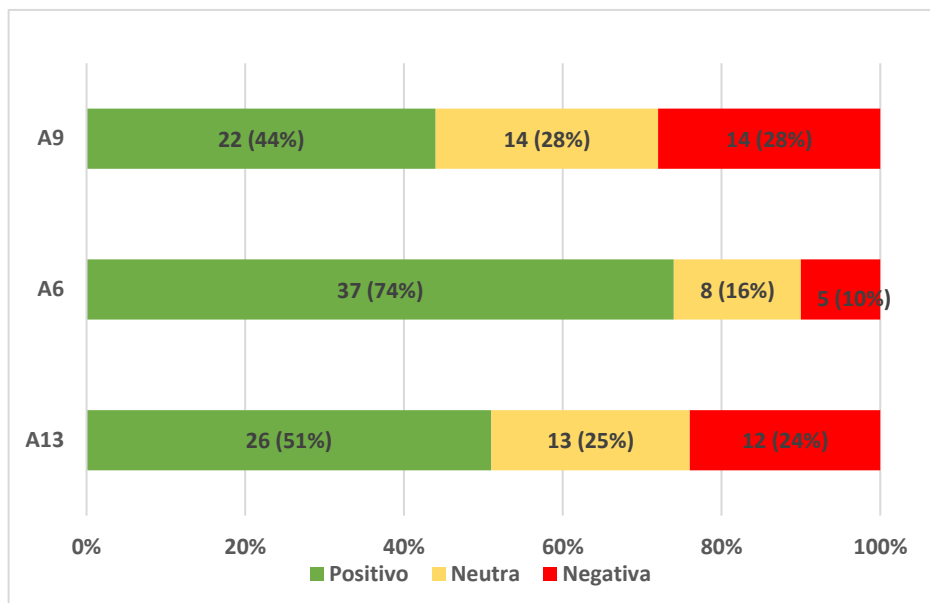
Pesquisa realizada em Florianópolis, mostra que essa dimensão obteve o maior percentual, com total de 347 (61%) respostas positivas. Onde o item “Sempre que a pressão aumenta o meu supervisor/chefe nos quer trabalhando mais rápido, mesmo que isso signifique pular etapas” foi o melhor avaliado por 106 (75%) profissionais que discordaram da afirmação. (TOMAZONI, *et al.*, 2015)

Kawamoto (2016), ao avaliar os itens de D1, notou maior concentração de concordância, quando à percepção dos profissionais sobre a cultura de segurança mediada pela liderança/gerência, caminhando com perspectivas favoráveis à cultura de segurança. Na análise dessa dimensão realizada em duas UTI do sul do Brasil, obteve o segundo melhor percentual (49,1%), porém foi classificada como frágil para a segurança do paciente. (MELLO e BARBOSA, 2017)

#### 5.2.1.2 Dimensão D2: Aprendizado organizacional e melhoria contínua

A dimensão D2, constituída pelos itens A6, A9 e A13, avalia como a equipe de enfermagem na UTI percebe o aprendizado organizacional por meio dos erros que levam a mudanças positivas, assim como, a efetividade das mesmas para a segurança do paciente. Os resultados dessa dimensão estão no gráfico 2.

Gráfico 2- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D2: Aprendizado organizacional e melhoria contínua, na UTI, São Luís-MA, 2018



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

No gráfico 2, item A6 “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”, 37 (74%) profissionais concordaram com a assertiva. Quando indagados pelo item A9, se erros têm levado à mudanças positivas na unidade, 22 (44%) participantes concordaram com a sentença, entretanto observamos que as respostas neutras e negativas, tem um peso significativo quando somadas. No item A13 “Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade”, 26 (51%) respostas foram positivas.

A dimensão D2, foi classificada, de forma geral, como potencial para a segurança do paciente na UTI, com o segundo maior score avaliativo 56% (tabela 3), refletindo a alta probabilidade para melhoria na qualidade e segurança do paciente, já que as mudanças positivas são bem vistas pelos profissionais e gestores, implementadas e avaliadas.

Assim como nesta pesquisa, em Belo Horizonte, na unidade de neonatologia, revela nessa dimensão 49,29% respostas positivas, do qual o item de maior destaque foi “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” (NOTARO, 2017)

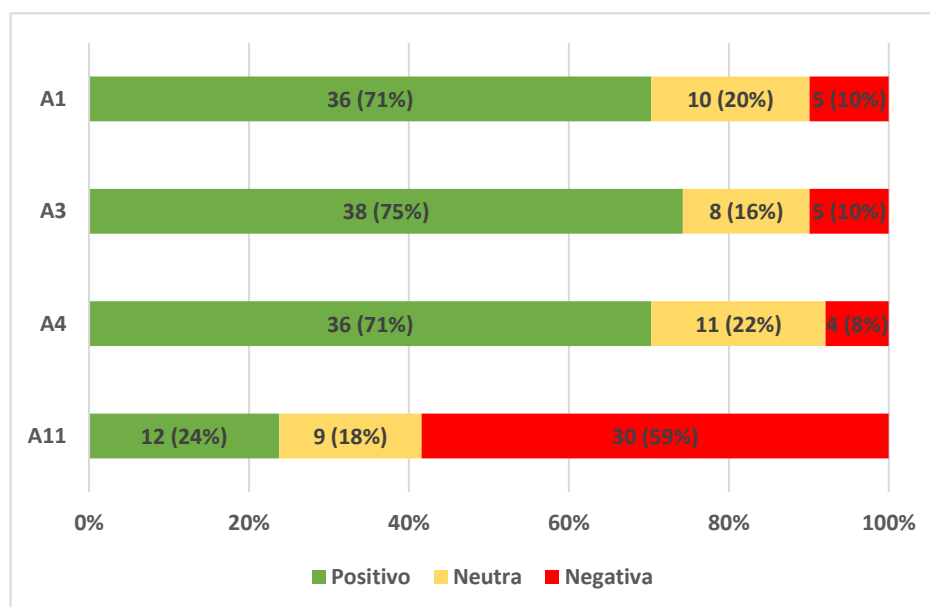
Em estudo sobre a cultura e clima organizacional para a segurança do paciente, realizado em São Paulo, a dimensão D2 apresentou a melhor pontuação na UTI pediátrica, classificada como forte (75,4%) para a cultura de segurança. No Nordeste do Brasil, Tavares,

*et al.*, (2018) destacou esta dimensão com o segundo maior percentual (73,1%), em um hospital universitário, classificada como potencial para melhoria (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

### 5.2.1.3 Dimensão D3: Trabalho em equipe dentro da unidade

Na dimensão D3, formada pelos itens A1, A3, A4 e A11 (gráfico 3) objetivam avaliar se os funcionários apoiam uns aos outros, tratam-se com respeito e trabalham juntos como uma equipe.

Gráfico 3- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D3: Trabalho em equipe dentro das unidades, na UTI, São Luís-MA, 2018



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

Ao avaliarmos o gráfico 3, no item A1 “Nessa unidade as pessoas apoiam umas às outras” notamos que 36 (71%) dos profissionais concordam com a assertiva. No que diz respeito ao item A3 “Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente”, 38 (75%) julgaram como positiva. No item A4 “Nessa unidade as pessoas se tratam com respeito” predominou a percepção positiva de 36 (71%) participantes. Entretanto, no questionamento do item A11 “Quando uma área dessa unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam” 30 (59%) servidores discordaram.

A boa interação entre os membros da equipe de enfermagem verificada no presente estudo, pelo item A4, caminham para a melhoria da cultura de segurança do paciente, com

ampliação do comprometimento, responsabilidade e respeito mútuo entre os funcionários, por meio de uma boa comunicação.

Observamos na tabela 3 (linha D3) o resultado global, que a dimensão D3 obteve o maior *score* positivo, com percentual avaliatório de 60,8% de respostas positivas, classificada como potencial para a segurança do paciente.

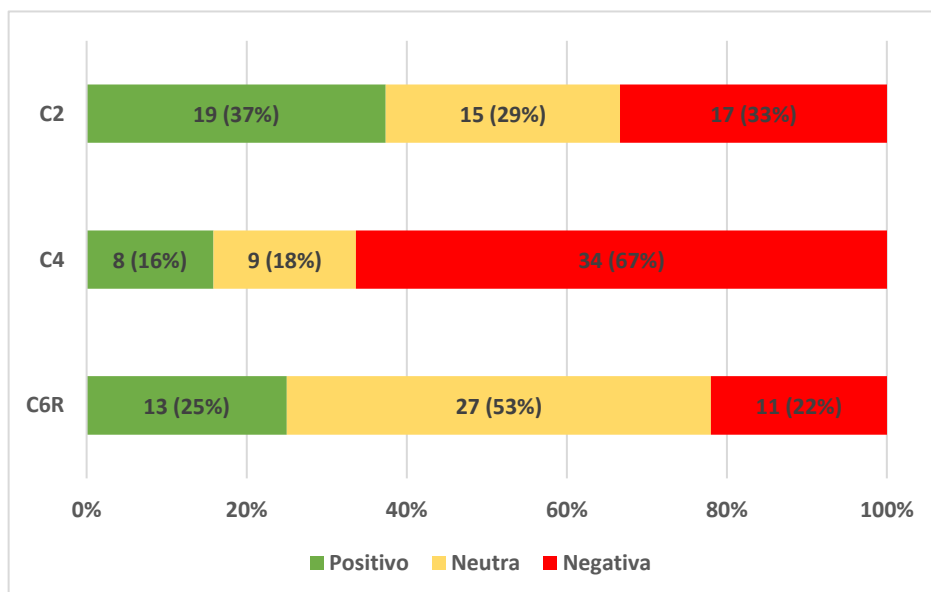
Estudo realizado no interior do Paraná destaca em seus resultados os itens A3 e A4 como favoráveis à cultura de segurança do paciente, onde 85% dos profissionais afirmam que quando o trabalho precisa ser acelerado, ocorre cooperação entre os membros da equipe, assim como, relação respeitosa entre os mesmos. (BOHRER, MARQUES, *et al.*, 2016)

Andrade (2018), ao analisar três instituições com diferentes tipos de gestão evidencia o trabalho em equipe entre os profissionais de enfermagem, como a dimensão com o maior percentual de respostas positivas, em todos dos hospitais analisado.

#### 5.1.2.4 Dimensão D4: Abertura para a comunicação

A quarta dimensão, composta por C2, C4 e C6R, avalia se os profissionais do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se os mesmos se sentem livres para questionar os seus supervisores/chefes. A distribuição das respostas será apresentada no gráfico 4.

Gráfico 4- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D4: Abertura para a comunicação, na UTI, São Luís - MA, 2018



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

Ao recorrermos ao gráfico 4, observamos no item C2 “Os profissionais têm a liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente” que 19 (37%) participantes concordaram com a afirmativa. Entretanto no item C4 “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores”, 34 (67%) responderam de forma negativa. Com relação ao C6R “Os profissionais têm receio de perguntar quando algo parece não estar certo” a neutralidade de 27 (53%) membros da equipe de enfermagem prevaleceu entre as respostas positivas e negativas.

No presente estudo percebemos a insegurança dos profissionais para com seus gestores, consequência de uma comunicação frágil, determinada nos itens C2 e C4. O desenvolvimento de iniciativas como a promoção da interdisciplinaridade intensifica esse diálogo e favorece a cultura de segurança do paciente, presente na instituição.

A avaliação global dessa dimensão demonstrada na tabela 3 (linha D4), apresenta o percentual de 25,5% de respostas positivas, sendo caracterizada como área frágil para a segurança do paciente.

Estudo realizado no interior de São Paulo, com 95 profissionais, num hospital de ensino, encontrou um score de 35,8% de respostas positivas. Da mesma forma, pesquisa realizada no Paraná, em duas instituições com gestões diferentes, classificou essa dimensão como fraca, apresentando o menor percentual de respostas positivas. (MASSOCO e MELLEIRO, 2015); (COSTA, *et al.*, 2018)

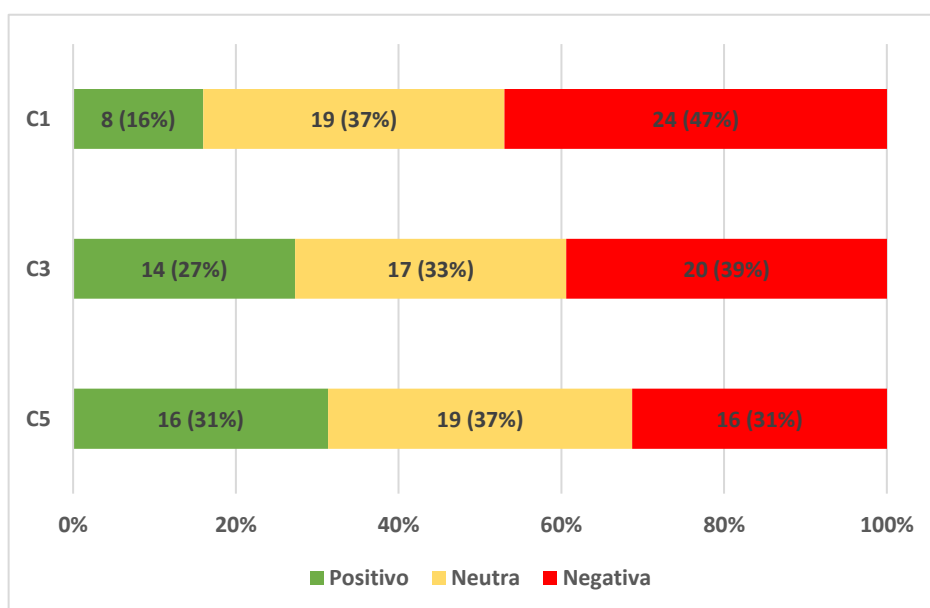
Os dados apresentados por Minuzz (2016) sob a ótica da equipe de enfermagem intensivista considerou, essa dimensão como neutra, por demonstrar percentual superior a 50% de respostas positivas.

#### 5.2.1.5 Dimensão D5: Retorno das informações e da comunicação sobre erro

A quinta dimensão, avaliada por meio dos itens C1, C3 e C5, objetiva analisar a percepção dos funcionários do hospital se eles notificam os erros que ocorrem, implementam mudanças e discutem estratégias para evitar erros. O gráfico 5 mostra a distribuição das respostas para essa dimensão.



Gráfico 5- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D5: Retorno das informações e da comunicação sobre erro, na UTI, São Luís - MA, 2018



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

Conforme o gráfico 5, no que diz respeito a afirmação do item C1 “Nós recebemos informações sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos”, 24 (47%) dos profissionais mostraram percepção negativa. No questionamento C3 “Nós somos informados sobre os erros que acontecem nessa unidade”, 20 (39%) discordaram. Quanto ao item C5 “Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente”, destacou-se as respostas neutras com 19 (37%), entretanto, os resultados positivos e negativos obtiveram a mesma quantidade de respostas 16 (31%) respectivamente.

As informações encontradas no presente estudo, com relação a dimensão D5, refletem a fragilidade da comunicação quando avaliamos a dimensão D4. Na tabela 3, linha D5, a avaliação global dessa dimensão permite classificá-la como fraca para a segurança do paciente por apresentar o percentual de 25,5%.

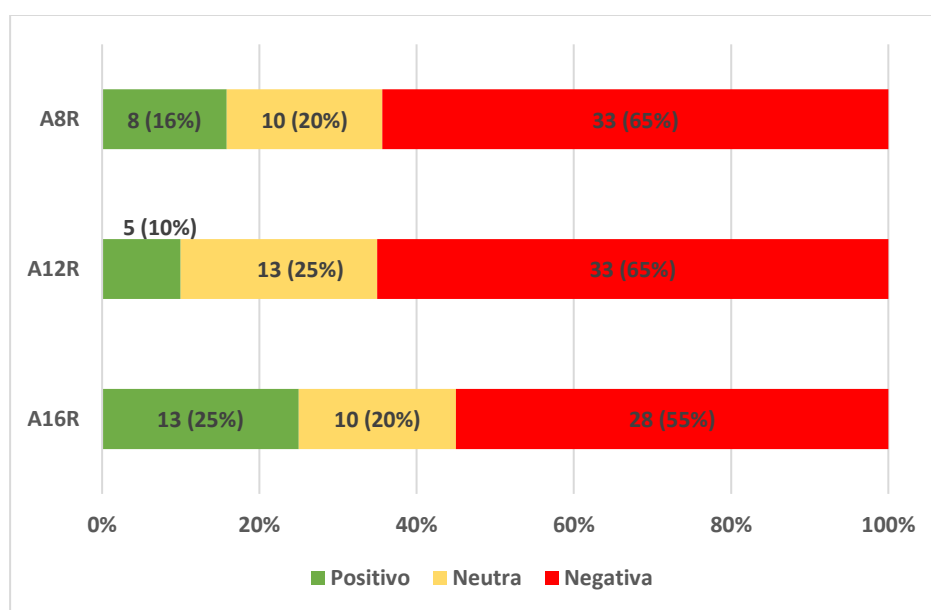
Em pesquisa realizada num hospital de ensino do Centro-Oeste, essa dimensão obteve um percentual de 54,93% de respostas positivas assim como no estado da Bahia, onde pesquisa realizada em hospital público obteve 63% permitindo classificar essa dimensão como potencial para a segurança do paciente (TOBIAS *et al.*,2016).

Estudo realizado em São Luís, em 4 UTI de um Hospital Estadual classificou essa dimensão como fraca para a segurança do paciente, por apresentar o percentual de 27,6% de respostas positivas. (CAMPELO, 2018)

#### 5.2.1.6 Dimensão D6: Respostas não punitivas aos erros

A dimensão D6, composta pelos itens A8R, A12R e A16R, avalia como os funcionários se sentem com relação aos seus erros, se eles acreditam que os erros cometidos podem ser usados contra eles e condicionado em suas fichas funcionais. Os resultados dessa dimensão compõem a gráfico 6.

Gráfico 6- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D6: Respostas não punitivas aos erros, na UTI, São Luís - MA, 2018



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

Percebemos na gráfico 6 que para o item A8R “Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles” avaliado pela equipe de enfermagem, 33 (65%) concordaram com a sentença, por se tratar de um item reverso, assim como no item A12R “Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema”, 33 (65%) dos participantes também concordaram.

No item A16R “os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais”, 28 (55%) participantes responderam negativamente, representando concordância, por se tratar de itens reversos.

Com relação à classificação geral, a dimensão D6, apresentou 17,6% de *score* avaliativo (tabela 3) pelos profissionais de enfermagem, sendo classificada como área fraca para a cultura de segurança do paciente com o menor percentil positivo da pesquisa.

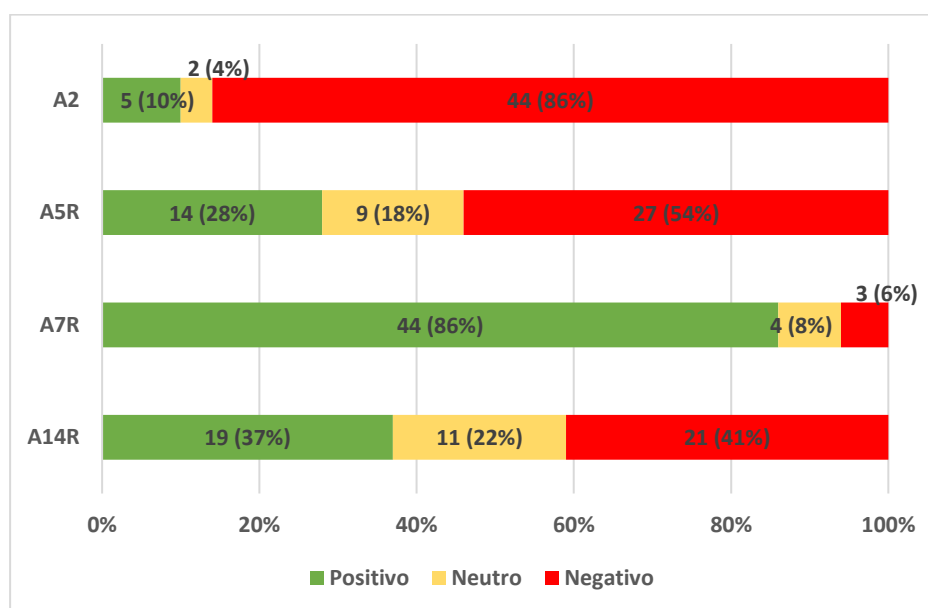
Pesquisa realizada em três emergências pediátricas, em Santa Catarina, com 91 profissionais da equipe de enfermagem, indicou essa dimensão como área frágil para a segurança do paciente, por meio de 138 (61%) respostas positivas, sendo o item A12R o de maior número de respostas em concordância a afirmativa. (MACEDO, *et al.*, 2016)

Quanto aos estudos realizados destaca-se a pesquisa realizada no setor da pediatria oncológica e clínica cirúrgica oncológica com o *score* avaliativo de 30% (CARRERA; AGUIAR, 2014). Santiago e Turrini (2015) ao analisar as UTI de um hospital público, obteve essa dimensão como a mais frágil para a cultura de segurança.

#### 5.2.1.7 Dimensão D7: Adequação de profissionais

O propósito da dimensão D7, formada pelos itens A2, A5R, A7R e A11R, é avaliar se os profissionais são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes. No gráfico 7, encontramos o resultado da análise para essa dimensão.

Gráfico 7- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D7: Adequação de profissionais, na UTI, São Luís-MA, 2018



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

De acordo com o gráfico 7, no item A2 “Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho” a maioria dos funcionários, 44 (86%), discordou da afirmação. Em relação ao item A5R, 27 (54%) preferiram trabalhar mais horas do que o recomendado. Porém, quando indagados sobre o item A7R, “Utilizamos mais profissionais temporários terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente” 44 (86%) discordam com respostas positivas. No item A14R “Nós trabalhamos em situação de crise, tentando fazer muito e muito rápido” 21 (41%) concordaram.

Ao retomamos a avaliação global, vide tabela 3, a dimensão D7 apresentou *score* avaliativo de 40%, classificada como área frágil para a segurança do paciente na UTI.

Em pesquisa realizada em Minas Gerais, a dimensão D7 foi a terceira dimensão com maior percentual (40,86%) de respostas negativas. Nos resultados de um estudo realizado num hospital geral, no Sul do país, a dimensão D7 considerou que 54,23% da equipe de enfermagem da UTI discordaram quanto ao aumento de profissionais terceirizados e com carga de trabalho repleta de horas extras. (MINUZZ; SALUM; LOCKS, 2016); (NOTARO, 2017)

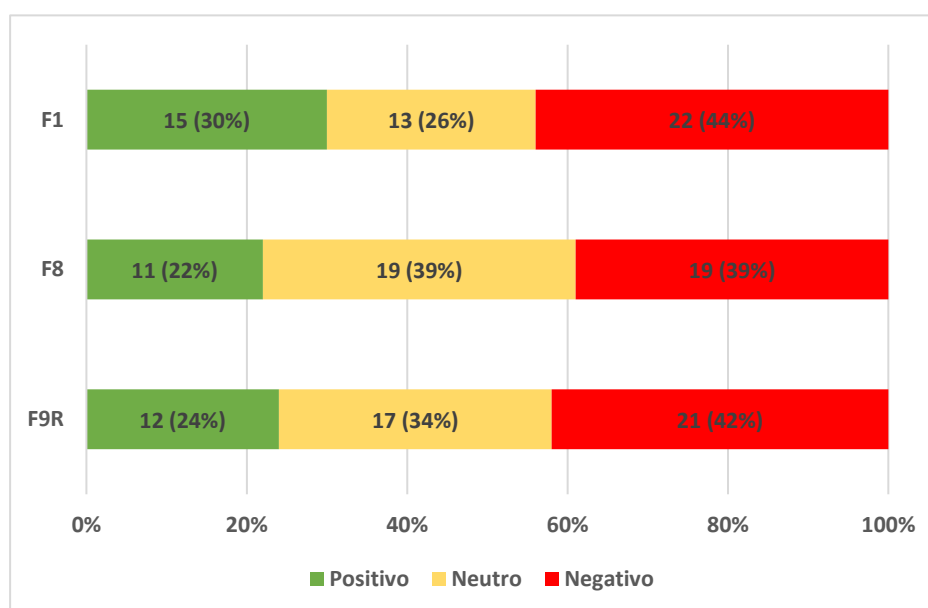
## 5.2.2 Análise das dimensões da cultura de segurança, segundo a variável “Organização hospitalar”

Essa variável é composta por três dimensões: Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, trabalho em equipe entre as unidades e passagem de plantão/turno e transferências internas.

### 5.2.2.1 Dimensão D8: Apoio da gestão hospitalar para a segurança

Na oitava dimensão (D8) constituída pelos itens F1, F8 e F9R, avaliamos como a equipe de enfermagem percebe a administração e gestão do hospital, o clima de trabalho na promoção da segurança do paciente e a prioridade quanto a segurança do paciente. As respostas a essa dimensão foram dispostas no gráfico 8.

Gráfico 8- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D8: Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, na UTI, São Luís-MA, 2018



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

Quando avaliamos o item F1, “A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente”, 22 (44%) dos profissionais discordaram. O item F8 “As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal” foram contabilizadas 19 (39%) respostas neutras, bem como, 19 (39%) negativas. Quanto ao item F9R “A

direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso” foram 21 (42%) respostas negativas.

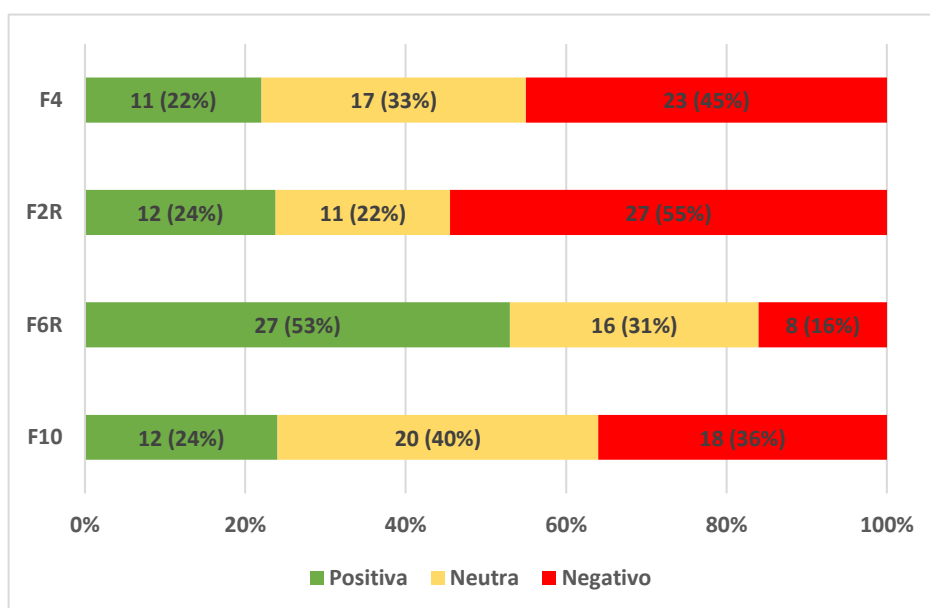
De forma global, essa dimensão apresentada na tabela 3, linha D8, foi classificada como área fraca com percentual de 28,3%, refletindo a necessidade de melhoria e apoio da administração hospitalar para a segurança do paciente.

Na pesquisa de Tomazoni, *et al.*,(2015) realizada em quatro UTI neonatal, essa dimensão foi percebida como área crítica obtendo 216 (51%) respostas negativas. Em que 73 (52%) dos profissionais, afirmaram que a direção do hospital não propicia um clima de trabalho apropriado, assim como 73 (52%) concordaram que o interesse da gestão quanto a temática dá-se a partir da ocorrência de evento adverso. Em outro estudo abrangendo 109 profissionais de enfermagem, na UTI de um hospital público, essa dimensão obteve o menor percentual avaliativo, com 13,6% (MELLO; BARBOSA, 2017).

#### 5.2.2.2 Dimensão D9: Trabalho em equipe entre as unidades

A dimensão D9, avaliada pelos itens F2R, F4, F6R e F10, tem por finalidade verificar se ocorre cooperação entre as unidades do hospital para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes. Foram examinados e descritos no gráfico 9.

Gráfico 9- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D9: Trabalho em equipe entre as unidades, na UTI, São Luís-MA, 2018



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

Ao observarmos o gráfico 9, notamos que 27 (55%) participantes afirmaram que as unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si, por meio do item F2R. Assim como, 23 (45%) descrevem, de modo negativo, haver uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar juntas (F4).

Na afirmação reversa do item F6R “Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital”, 27 (53%) profissionais discordaram. No item F10 “As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes” 20 (40%) mantiveram neutras e 18 (36%) discordaram.

Em relação a análise global (tabela 3) a percepção da equipe de enfermagem da UTI indicou *score* avaliativo de 44%, classificada em frágil para a segurança do paciente, e confirmando que não há uma boa cooperação entre as unidades, refletida pelos problemas gerenciais e pela baixa interação entre os setores dos hospitais.

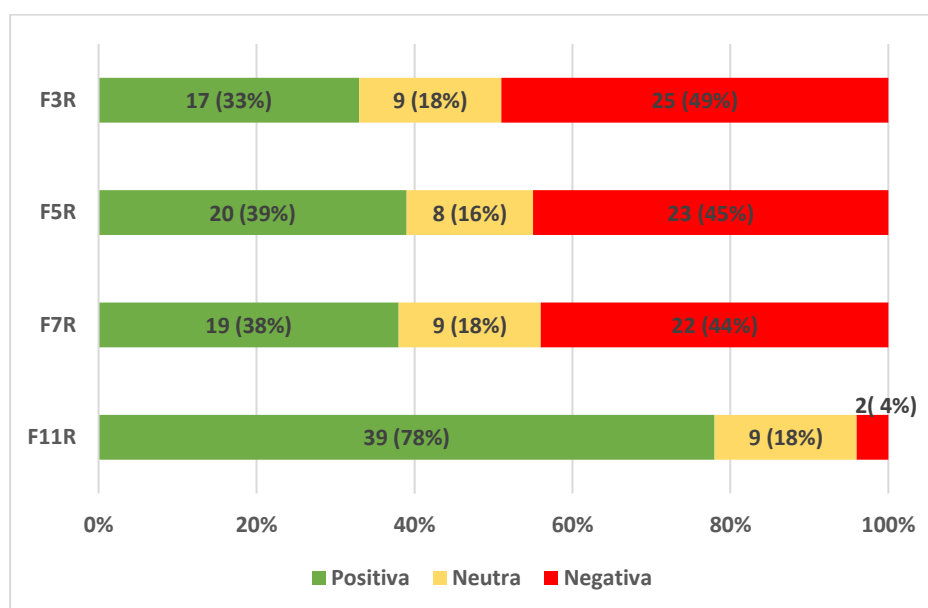
Em unidade oncológica esta dimensão foi considerada como positiva, porém descrita como um fator problemático devido ao *score* de 43%. (CARRERA; AGUIAR, 2014). Andrade (2018), ao analisar os hospitais com gestões diferentes, revelou 60,8% de respostas positivas.

Silva (2016) apresentaram em seus resultados globais essa dimensão com o maior número de resposta negativas, caracterizando a como potencial de melhoria. Já em estudo realizado em São Luís, foi classificada como área fraca com percentual de 49,7%, valor limitrofe para essa categoria. (CAMPELO, 2018)

#### 5.2.2.3 Dimensão D10: Passagens de plantão/turno e transferências internas

A dimensão D10, mensurada pelos itens reversos, F3R, F5R, F7R, F11R, avalia se as informações importantes sobre o cuidado aos pacientes são transferidas através das unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou turno. O resultado dessa avaliação encontra-se disposto no gráfico 10.

Gráfico 10- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D10: Passagens de plantão/turno e transferências internas, na UTI, São Luís-MA, 2018



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

Observamos no gráfico 10, no item F3R, “O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra”, que 25 (49%) participantes concordaram com o quesito. Com relação ao item F5R “É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou turno”, 23 (45%) profissionais avaliaram de forma negativa, isto é concordam com a sentença, por se tratar de um item reverso. No item F7R “Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital”, 22 (44%) dos profissionais também concordaram. No entanto, 39 (78%) participantes relatam que as mudanças de plantão ou de turno não são problemáticas para os pacientes (F11R).

Conforme demonstrado na tabela 3, a dimensão D10 apresentou score avaliativo de 39,2%, classificada como frágil para a segurança do paciente.

Bohrer, *et al.*,(2016), consideraram esta dimensão como desfavorável à cultura de segurança do paciente, destacando que mais de 60% dos profissionais acreditaram ocorrer problemas na transmissão de informações entre as unidades.

Pesquisa realizada num município de Fortaleza, ressaltou essa dimensão por apresentar fragilidade, com 45% de respostas positivas. (NETTO; SEVERINO, 2016) Já Santos



(2018) descreve essa dimensão como área em potencial para a segurança do paciente, *score* avaliativo de 51%.

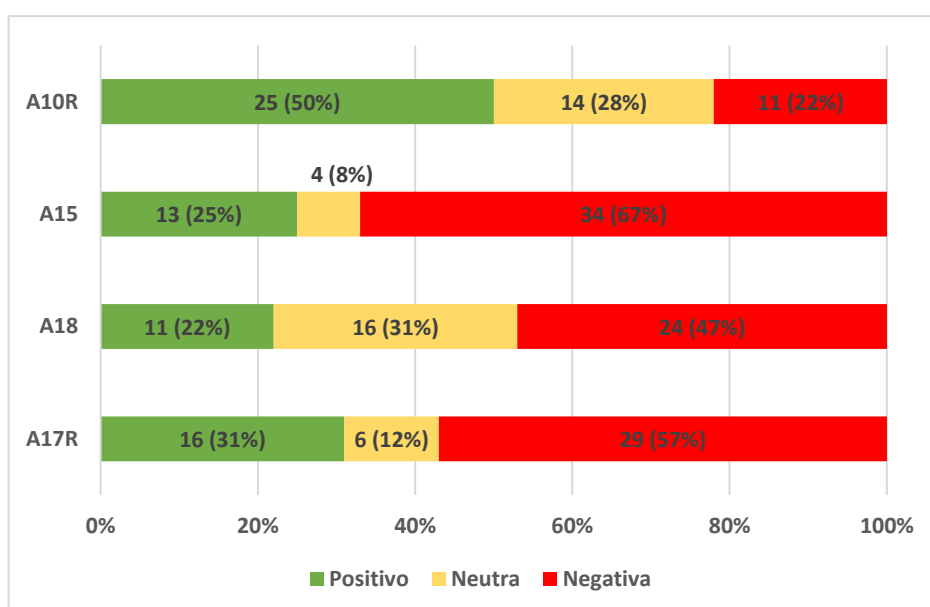
### 5.2.3 Análise das dimensões da cultura de segurança, segundo a variável “Medidas de resultados”

As variáveis que compõem essa dimensão são: percepção geral da segurança do paciente e frequência de eventos notificados, na qual apontam uma nota referente ao grau de segurança do paciente e a quantidade de eventos adversos notificados, respectivamente.

#### 5.2.3.1 Dimensão D11: Percepção geral da segurança do paciente

A dimensão D11, composta pelos itens A10R, A15, A17R e A18, propõe avaliar 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. O gráfico 11 demonstra a distribuição das respostas para essa dimensão.

Gráfico 11- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D11: Percepção geral da segurança do paciente, na UTI, São Luís-MA, 2018



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

Notamos no gráfico 11, que no item A10R “É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui” metade, 25 (50%), da equipe de enfermagem apresentaram resposta positiva. Porém, quando indagada sobre o comprometimento da segurança do paciente em relação a quantidade de trabalho, item A15, 34 (67%) participantes discordam. Em A17R “Nesta unidade, temos problemas de segurança do paciente” 29 (57%) profissionais concordaram com a assertiva. Entretanto, 34 (67%) discordaram sobre a adequação dos procedimentos e sistemas utilizados para prevenir a ocorrência de erros na UTI, representado pelo item A18.

A dimensão D11 quando avaliada de forma global (tabela 3) obteve *score* avaliativo de 32%, sendo classificada como frágil para a segurança do paciente.

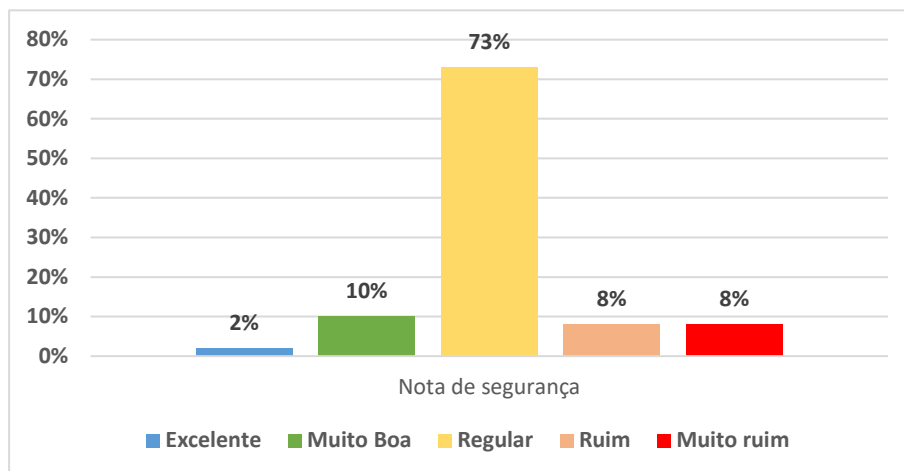
Em estudo realizado no interior do Paraná, cujo objetivo era analisar a percepção sobre o cuidado, em equipe multidisciplinar da clínica médica e cirúrgica, avaliou essa dimensão de forma global como potencial para a segurança do paciente por apresentar 67,6% de respostas positivas (BORGES; BOHRER, *et al.*, 2016).

Os dados da pesquisa realizada por SCHUH (2016), em sete unidades hospitalares de urgência/emergência, revelam que na visão dos técnicos de enfermagem, D11 foi classificada como área frágil e que na percepção dos enfermeiros foi considerada área frágil para a segurança do paciente.

#### 5.2.3.1.1 Grau geral de segurança do paciente

O grau geral de segurança do paciente foi avaliado pela seção E, por meio de nota qualitativa, conforme demonstrado no gráfico 12.

Gráfico 12- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: Grau geral de segurança do paciente, na UTI, São Luís-MA, 2018



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

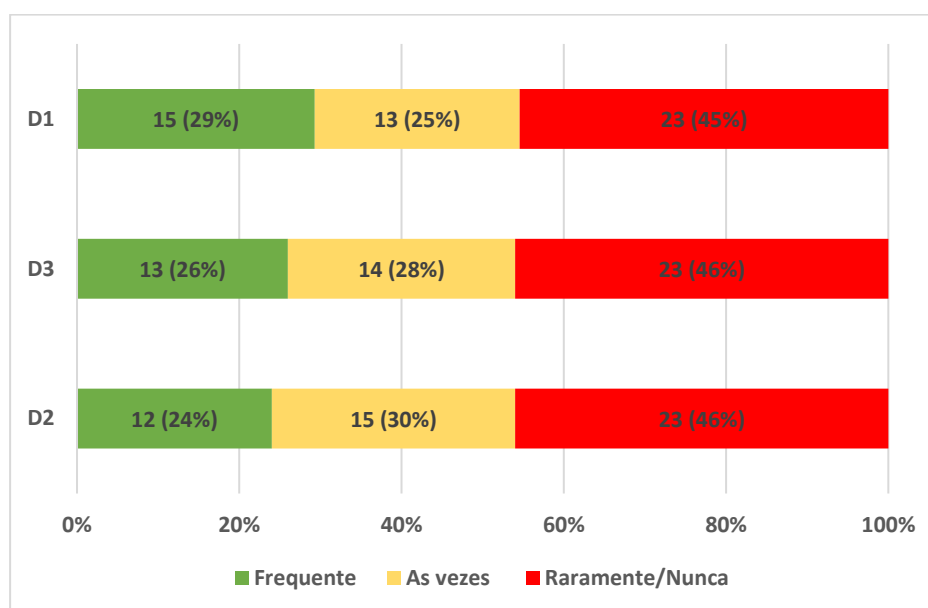
Quando requisitado aos profissionais de enfermagem a atribuírem um grau de segurança a maioria dos profissionais da equipe de enfermagem, 37 (73%), identificam a segurança do paciente como regular, seguida pela avaliação muito boa, com 5 (10%). Já a avaliação ruim e muito ruim obtiveram igualmente 4 (8%) de percepção. Contudo, somente 1 (2%) considerou a segurança do paciente como excelente.

Em Lodrina- PR, estudo avaliou o grau geral de segurança como positiva por meio das categorias excelente e muito boa, totalizando 51% (COSTA, *et al.*, 2018). Já Silva-Batalha e Melleiro (2015), ao classificar a cultura de segurança de um hospital de ensino, em São Paulo, descreve o grau de segurança como regular, assim como pesquisa realizada em São Luís – MA (CAMARA,2016). Entretanto, Silva (2017), classificou essa dimensão como a quarta mais frágil, ao avaliar o setor de urgência e emergência, no Rio Grande do Norte.

#### 5.2.3.2 Dimensão D12: Frequência de eventos notificados

A última dimensão do instrumento D12, constituída pelos itens D1, D2 e D3, analisa o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetassem os pacientes. Atribuídos no gráfico 13.

Gráfico 13- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente, D12: Frequência de eventos notificados na UTI, São Luís-MA, 2018



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

Observamos no gráfico 13, no item D1 “Quando ocorre um erro, mas este é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é notificado?”, que 23 (45%) dos profissionais responderam raramente/nunca notificam. Quanto ao item D2 “Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?”, 23 (46%) dos pesquisados afirmam raramente ou nunca realizarem a notificação, dado semelhante ao encontrado no item D3 “Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado”.

Os Resultados da omissão dos relatos sobre eventos adversos, percebido no item D2 e D3 dificultam a construção de uma cultura de segurança forte, que deve ser paltada em protocolos institucionais e na cultura organizacional não punitiva.

Observamos na tabela 3 (linha D12) o percentual global positivo de 26% classificando como área frágil para a cultura de segurança do paciente na UTI.

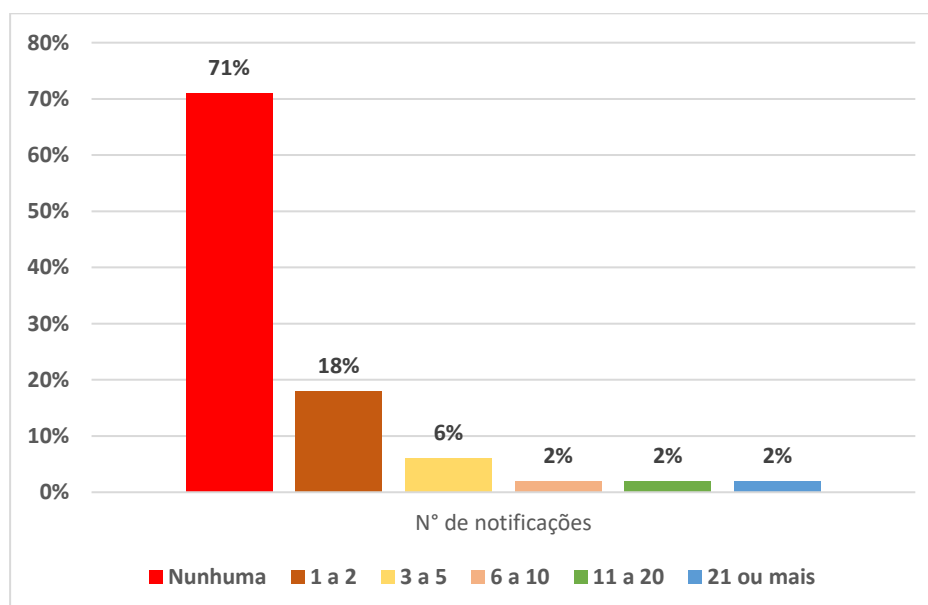
Em estudo realizado no Piauí, com profissionais de um hospital geral de alta complexidade, revela essa dimensão como área crítica para a segurança do paciente com percentual de 59,6%(CAVALCANTE, 2017).

Costa (2018) avalia esta dimensão como área em potencial para a cultura de segurança do paciente por apresentar o percentual de 57% de respostas positivas.

### 5.2.3.2.1 Número de eventos de segurança notificados nos últimos meses

O número de eventos notificados examinado pela seção G: “Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?”, exposto no gráfico 14, aponta que a maioria, 36 (71%) dos profissionais, não tem preenchido nenhuma notificação durante 1 ano, 9 (18%) comunicaram 1 a 2 eventos, 3 (6%) relataram de 3 a 5 eventos e 1 (2%) informou notificação em 6 a 10, 11 a 20 e 21 ou mais eventos.

Gráfico 14- Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: Número de eventos de segurança notificados nos últimos meses, na UTI, São Luís-MA, 2018



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

A literatura aponta que quanto maior a ocorrência de comunicação de falhas corrigidas e falhas sem risco, menor o número de relatórios de eventos preenchidos. Silva (2016), verificou que, em um hospital público na Bahia 87,8% dos profissionais da UTI informaram não ter feito nenhuma comunicação de eventos adversos. Netto e Severino (2016) perceberam que a taxa de notificação de incidentes também é baixa, uma vez que a maioria dos entrevistados por eles não notificaram nenhum evento. Em pesquisa realizada em Florianópolis, com 75 membros da equipe de enfermagem revela que 34 (45%) não relataram nenhum evento nesse período investigado (ANDRADE, *et al.*, 2018); (MACEDO, *et al.*, 2016).

### 5.3 Elementos subjetivos da percepção do participante sobre segurança do paciente, segundo as dimensões do HSOPSC

A seção I permite que os profissionais da equipe de enfermagem escrevam voluntariamente sobre a segurança do paciente, erro ou relato de eventos. Do total de 51 participantes da pesquisa, apenas 4 (8%) responderam. Os relatos da questão foram transcritos e identificados pela letra P, seguidos de números de 1 a 4, categorizados de acordo com as dimensões do HSOPSC (quadro 2).

Quadro 3- Comentário dos participantes acerca da segurança do paciente, segundo as dimensões do HSOPSC, São Luís-MA, Brasil. 2018

<b>Dimensões do HSOPSC</b>	<b>Comentário sobre segurança do paciente</b>
<b>Aprendizado organizacional e melhoria contínua.</b>	P2: Erro de técnicas assépticas e técnicas de procedimento.  P3: Deve-se ter uma educação continuada com os profissionais, como por exemplo o manuseio adequado de medicamentos. Itens que afetam a segurança do paciente
<b>Adequação de profissionais</b>	P3: Pessoal insuficiente para assistência; Falta de pessoal exclusivo e qualificado para manuseio do paciente (auxiliar de transporte)
<b>Apoio a gestão hospitalar para a segurança do paciente</b>	P1: A segurança dos pacientes poderia melhorar se tivéssemos na UTI Geral equipamentos mais modernos, visto que em muitas ocasiões não conseguimos monitorizar todos os parâmetros de um só paciente. A estrutura antiga do hospital não ajuda, pois não temos a visão completa de todos os monitores.  P3: É de grande deficiência a segurança do paciente na falta de ações por parte da coordenação. Equipamentos com deficiência de manutenção; Medicamentos acondicionados de forma inadequada; Falta de eficiência na certificação da medicação reservada; Organização estrutural, pois a unidade não está no padrão adequado.
<b>Trabalho em equipe dentro da unidade</b>	P3: Falta de comunicação entre equipes multiprofissionais; Desorganização do prontuário do paciente
<b>Resposta não punitiva aos erros</b>	P4: Infelizmente quando ocorre um evento não há uma conciliação de toda equipe multiprofissional na resolução do problema, acarretando a ideia de culpa e responsabilidade prioritariamente na equipe de enfermagem, levando a demanda maior de tarefas, sobrecarga de trabalho e equipe diminuída e isso em si compromete a assistência ao paciente.

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

## 6. CONCLUSÃO

Essa pesquisa proporcionou identificar a cultura de segurança do paciente na unidade de terapia intensiva, na perspectiva da equipe de enfermagem, contemplando o alcance de seus objetivos.

Ao classificar a cultura de segurança do paciente, por meio do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, notamos que as dimensões, D2 “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” e D3 “Trabalho em equipe dentro das unidades” obtiveram *scores* avaliativos entre 50 e 75%, certificando-as como área em potencial para a melhoria da segurança do paciente. Salientamos ainda que a dimensão D3 apresentou o maior score avaliativo, caminhando para a classificação de área forte para a cultura de segurança do paciente.

Destacamos que nessa pesquisa, não foi encontrada dimensão forte para a cultura de segurança.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio Grande do Sul, v. 23, n. 1, p. 161-172, 2018.

BATISTA, A. C. O. **Cultura de Segurança do Paciente na perspectiva de profissionais da Enfermagem obstétrica e neonatal**. 2015. 132 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

BOHRER, D. et al. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 50-60, Jan/Mar 2016. ISSN 2179-7692.

BORGES, F. et al. Grau da cultura de segurança do paciente na percepção da equipe multiprofissional hospitalar. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**, Paraná, v. 2, n. 1, p. 55-66, Janeiro, 2016.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, BRASIL, 2014

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS n 529, de 01 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil. Brasília, BRASIL, 2013

CAMPELO, C. L. **Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva de profissionais de Enfermagem**. 2018. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

CÂMARA, J. J. C. **Cultura de Segurança do Paciente na Ótica da Enfermagem em uma Unidade de Transplante Renal**. 2015. 106 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil, 2016.

CARRERA, D. A.; AGUIAR, G. C. Cultura de segurança do paciente: A percepção do enfermeiro em um hospital oncológico. **Revista ACRED**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 88-103, Set 2014. ISSN 2237-5643.

COSTA, D. B. D. et al. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, 2018; 27(3):e2670016, v. 27, n. 3, 2018.

DUCCI, A. J. **Segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: fatores dos pacientes, stress, satisfação profissional e cultura de segurança na ocorrência de efeitos adversos**. 2015. 268 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

FERMO V.C; RADUNZ V; ROSA L.M; MARINHO M.M. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. **Rev. Gaúcha Enferm**. 2016 mar; 37(1):e55716. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.55716>.



GAWRON, M. F. G.; OSELAME, ; NEVES, E. B. Avaliação da cultura de segurança das instituições de saúde por profissionais de Enfermagem. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 18, n. 4, p. 61-67, out-dez, 2016 2016.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To err Is human**: building a safer health system. 1999. Disponível em: <<http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2018.

KAWAMOTO, A. et al. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **J. res.: fundam. care. online**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 4387-4398, abr./jun. 2016.

MACEDO, T. et al. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. **Rev Esc Enferm USP.**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 756-762., Ago/set 2016.

MARINHO, Monique Mendes. **Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do paciente**: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica. 2012. 135p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MASSOCO, C. P.; MELLEIRO, M.. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Rev. Min Enferm**, v. 19, n. 2, p. 187-191, abr/jun 2015.

MATIELLO, R., LIMA, E., COELHO, M., OLIVEIRA, E., LEITE, F., & PRIMO, C. A cultura de segurança na perspectiva do enfermeiro. **Cogitare Enferm**. 2016 v. 21 n. esp: 01-09.

MELLO,J. F; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf. [Internet].**, 2017. ISSN acesso em: 14/11/2018];19:a07.Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.38760>.

MENDES, C. M., & BARROSO, F. F. Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. **Revista portuguesa de saúde pública**, 2014, 197-205

MINUZZ, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 2, Abril 2016.

MOURA, K. S. *et al.* vivência do enfermeiro em terapia intensiva: estudo fenomenológico. **Rev. Rene**. Fortaleza, v.12, n.2,p.316-23, 2011. Disponível em : [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2\\_pdf/a13v12n2.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_pdf/a13v12n2.pdf) . Acessado em 02.12.16.

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

NOTARO, K A M. **Avaliação da cultura de segurança do paciente em unidades de neonatologia na perspectiva da equipe multiprofissional**. 2017. 107 f. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte: 2017.

OLIVEIRA, R. M., LEITÃO, I. M., SILVA, L. M., FIGUEIREDO, S. V., SAMPAIO, R. L., & GONDIM, M. M. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**; 2014, pg122 -129.

OMS, World Health Organization. The Conceptual Framework for the International. 2009. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_chapter3.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_chapter3.pdf). Acesso em 20.05.2018

PROQUALIS. Questionário sobre segurança do paciente em hospitais (HSOPSC). 2015. Disponível em: <<http://proqualis.net/cartaz/question%C3%A1rio-sobre-seguran%C3%A7a-do-paciente-em-hospitais-hsopsc>>. Acesso em 14.02.2018.

REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Rio de Janeiro: s.n., 2013. Tese de doutorado da Escola Nacional e Saúde Pública Sergio Arouca. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/768>. Acesso em: 12 abril 2018.

SANTIAGO, H. R.; TURRINI, N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, p. 123-130, Abr 2015.

SILVA, A.E.B.C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.3, p. 422, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm>>. Acesso em: 13 mar 2018.

SILVA, A.C.A.B. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. 111 f. il. 2016. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

SILVA-BATALHA, M. S. D.; MELLEIRO,. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: Diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 432-141, Abr-Jun 2015.

SILVA NDM, BARBOSA AP, PADILHA KG, MALIK AM. Patient safety in organizational culture as perceived by leaderships of hospital institutions with different types of administration. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2016;50(3):487-494. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400016>

SORRA, J.S; NIEVA, V.F. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. 66p.

TAVARES, A. P. *et al.* Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem. **Rev Rene**, Teresina, 2018; 19:e3152. DOI: 10.15253/2175-6783.2018193152

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

TOMAZONI, A. *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 161-9, Jan-Mar 2015. ISSN <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Convidamos você a participar da pesquisa “**Cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem em hospitais públicos de São Luís, Maranhão**”, que tem por objetivo analisar a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem de hospitais da rede pública de saúde de São Luís, Maranhão. Os resultados deste estudo poderão fornecer informações sobre a cultura de segurança vigente no seu local de trabalho, indicando os pontos fortes e as áreas que necessitam de melhorias; subsidiando, desta forma, estratégias para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente e qualidade na assistência em saúde oferecida.

Esta pesquisa está sendo realizada pelas Enf<sup>ª</sup>. Prof.<sup>ª</sup>. Dr.<sup>ª</sup>. Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes, Enf<sup>ª</sup>. Prof.<sup>ª</sup> Ms. Flávia Danyelle Oliveira Nunes, Enf<sup>ª</sup>. Ms. Rosene Mafra Azevedo, Enf<sup>ª</sup>. Prof.<sup>ª</sup> Ms. Lidiane Andréia de Assunção Barros e Enf<sup>º</sup>. Cleber Lopes Campelo sob a coordenação da Enf<sup>ª</sup>. Prof.<sup>ª</sup>. Dr.<sup>ª</sup>. Sirliane de Souza Paiva.

Caso aceite participar desta pesquisa, você precisará apenas responder um questionário denominado de “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais – HSOPSC”, composto por questões que avaliam a cultura de segurança do paciente em ambientes hospitalares. O preenchimento desse questionário dura em média de 10 a 15 minutos.

Esclareço que sua participação na pesquisa deve ser de livre e espontânea vontade e você poderá retirar seu consentimento em qualquer momento, seja durante ou após a coleta dos dados, sem prejuízo de qualquer natureza. A sua participação não o expõe a riscos, apenas poderá ocorrer algum incômodo no momento em que estiver preenchendo o questionário; não haverá nenhum custo ou compensações financeiras ao participar e é garantido o seu anonimato e sigilo. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas, bem como retornarão a esta instituição por meio de relatório, sem que haja a sua identificação. As informações contidas no questionário ficarão sob responsabilidade dos (as) pesquisadores (as) por um período de cinco anos, após esse prazo o documento será destruído.

Este documento possui duas vias. Você deverá assinar seu nome completo nas duas vias juntamente com o (a) pesquisador (a) e ficar com uma das vias assinadas.

Caso sinta necessidade de qualquer esclarecimento durante ou após a coleta de dados, segue formas de contato: **Coordenadora responsável:** Profa. Dra. Sirliane de Souza Paiva, PhD. Endereço: Universidade Federal do Maranhão. Av. dos Portugueses s/nº, Campus Universitário do Bacanga, Centro Pedagógico Paulo Freire, Sala do Depto. de Enfermagem.

São Luís/MA. Fone: (98) 3272-9706 ou 99902-8553. e-mail: [paivasirliane@uol.com.br](mailto:paivasirliane@uol.com.br);  
**Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário:** Hospital Universitário Presidente Dutra, Rua Barão de Itapary, 227, Centro, CEP: 65020-070 São Luís/MA. Fone: (98) 2109-1250 (para esclarecimentos relacionados a questões éticas).

Eu, \_\_\_\_\_

abaixo assino, concordo em participar da pesquisa “**Cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem em hospitais públicos de São Luís, Maranhão**”. Declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) dos procedimentos que serão utilizados, desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos ou penalidades. Declaro ainda que li e entendi todas as informações deste documento e tive tempo para pensar sobre elas. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas elas foram respondidas de forma adequada. Concordo, de maneira voluntária, em participar do estudo e fornecer as informações necessárias.

São Luís/MA, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Pesquisador (a)

**ANEXOS**

## ANEXO A – Questionário pesquisa sobre segurança do paciente em hospitais (HSOPSC)

**Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)****Instruções**

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

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

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

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

**SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho**

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

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

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

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

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



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

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

**SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe**

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

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

**SEÇÃO C: Comunicação**

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

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

**SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados**

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

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

**SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente**

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

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

**SEÇÃO F: O seu hospital**

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

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

**SEÇÃO F: O seu hospital (continuação)**

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

**SEÇÃO G: Número de eventos notificados**

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

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

**SEÇÃO H: Informações gerais**

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

**1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?**

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

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

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

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

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

**SEÇÃO H: Informações gerais (continuação)**

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

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

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

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

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

7. Qual o seu grau de instrução:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto | <input type="checkbox"/> e. Ensino Superior Incompleto                  |
| <input type="checkbox"/> b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo   | <input type="checkbox"/> f. Ensino Superior Completo                    |
| <input type="checkbox"/> c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto   | <input type="checkbox"/> g. Pós-graduação (Nível Especialização)        |
| <input type="checkbox"/> d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo     | <input type="checkbox"/> h. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado) |

8. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos

9. Indique o seu sexo:

- a. Feminino       b. Masculino

**SEÇÃO I: Seus comentários**

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

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

## ANEXO B – Parecer comitê de ética

UFMA - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO MARANHÃO



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM HOSPITAIS PÚBLICOS DE SÃO LUÍS - MA

**Pesquisador:** SIRLIANE DE SOUZA PAIVA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 66298017.0.0000.5087

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.076.153

**Apresentação do Projeto:**

**Introdução:** A segurança do paciente configura atualmente um grave problema de saúde pública, uma vez que os eventos adversos ocasionam danos físicos, psicológicos e sociais que, em sua maioria, podem ser prevenidos. Considerando que a ocorrência desses eventos possui natureza complexa, que envolve questões individuais e organizacionais e que a cultura de segurança do paciente, isto é, as atitudes e valores incorporados

por instituições e profissionais influenciam na segurança do paciente; toma-se fundamental conhecer a cultura de segurança do paciente vigente na rede de saúde. **Objetivo:** Descrever a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem de hospitais da rede pública de saúde de São Luís, Maranhão. **Métodos:** Estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, que será realizado com os profissionais de enfermagem dos hospitais de média e alta complexidade da rede pública de saúde do Município de São Luís, Maranhão. A coleta de dados ocorrerá no período de fevereiro de 2016 a novembro de 2016, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa obedecendo às recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional Saúde. Utilizaremos para a coleta de dados a versão traduzida, validada para o português e de domínio público do

questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC, que avalia as múltiplas

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3273-8708 **Fax:** (98)3273-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.076.153

dimensões da segurança do paciente. A análise dos dados ocorrerá por meio da inserção dos dados em uma planilha dinâmica em formato Microsoft® Excel® disponibilizada pela Agency for Healthcare Research and Quality. Esta planilha gera resultados, a partir dos dados inseridos em campos específicos, que permitem identificar áreas frágeis e fortes da segurança do paciente. Responsabilidade financeira: O projeto poderá ser autofinanciado ou financiado por agências de fomento a pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Descrever a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem de hospitais da rede pública de saúde de São Luís, Maranhão.

**Objetivo Secundário:**

Classificar a cultura de segurança do paciente a partir das dimensões do Hospital Survey on Patient Safety Culture;

Identificar os elementos com potencial para melhoria da segurança do paciente e; Identificar os elementos fortes das dimensões em segurança do paciente.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A participação na pesquisa expõe o sujeito a pequenos riscos, que poderá ocorrer pela geração de algum incômodo no momento em que estiver preenchendo o questionário.

**Benefícios:**

Não haverá compensações financeiras aos participantes e os resultados do estudo poderão fornecer informações sobre a cultura de segurança vigente na unidade de saúde do profissional de enfermagem, indicando os pontos fortes e as áreas que necessitam de melhorias; subsidiando, desta forma, estratégias para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente e qualidade na assistência em saúde oferecida.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa está elaborada com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

**Recomendações:**

Não existem recomendações.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1906 CEB Velho  
 Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040  
 UF: MA Município: SÃO LUÍS  
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.076.153

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não existem pendências.

**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_643147.pdf	17/03/2017 18:49:10		Aceito
Outros	AUTORIZACOES_HOSPITAIS_ESTADUAIS_MUNICIPAIS_PARA_COLETA_DADOS.pdf	17/03/2017 18:45:36	Flávia Danyelle Oliveira Nunes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.docx	11/03/2017 11:21:22	Flávia Danyelle Oliveira Nunes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP.docx	11/03/2017 11:17:13	Flávia Danyelle Oliveira Nunes	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_HUPD_HUMIL.pdf	11/03/2017 11:15:28	Flávia Danyelle Oliveira Nunes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP.pdf	03/02/2017 09:57:04	Flávia Danyelle Oliveira Nunes	Aceito
Folha de Rosto	folhaderocto.pdf	14/11/2016 10:58:42	Flávia Danyelle Oliveira Nunes	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO LUIS, 22 de Maio de 2017

---

Assinado por:  
FRANCISCO NAVARRO  
(Coordenador)

**ANEXO C – Parecer do colegiado do curso de enfermagem**