



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

**ISABELLE DINIZ FONSECA SOUSA**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTRO  
CIRÚRGICO: percepção da equipe de Enfermagem**

SÃO LUÍS

2019

**ISABELLE DINIZ FONSECA SOUSA**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTRO  
CIRÚRGICO: percepção da equipe de Enfermagem**

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.

Orientador: Prof. Dr. Aurean D'Eça Júnior

SÃO LUÍS

2019

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

Sousa, Isabelle Diniz Fonseca.  
CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO :  
percepção da equipe de Enfermagem / Isabelle Diniz Fonseca  
Sousa. - 2019.  
56 f.

Orientador(a): Aurean D'Eça Júnior.  
Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,  
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Centro Cirúrgico. 2. Enfermagem. 3. Segurança do  
Paciente. 4. Serviços de Saúde. I. Júnior, Aurean D'Eça.  
II. Título.

**ISABELLE DINIZ FONSECA SOUSA**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO: Percepção  
da equipe de enfermagem**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem 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 \_\_\_\_\_

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

Banca Examinadora:

---

Prof Dr. Aurean D'Eça Júnior  
Orientador  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa Dr<sup>a</sup> Líscia Divana Carvalho Silva  
1<sup>a</sup> examinadora  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa Dr<sup>a</sup> Poliana Pereira Costa Rabelo  
2<sup>a</sup> examinadora  
Universidade Federal do Maranhão

À Deus, minha família e meu noivo, com todo o meu carinho!

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo amor incondicional, dom da vida e cuidado infindo.

Aos meus pais, Angelo Filho e Isabel Diniz, por mostrarem o caminho, valores que jamais poderiam ser quebrados. Sobretudo, a minha mãe, mesmo não estando em vida no período da finalização do curso, ensinou-me que a dedicação e fazer tudo por amor, transforma o trabalho árduo em frutos, faz você alcançar o que não imaginava. Obrigada, vocês são a minha base, exemplo de vida e companheirismo.

À minha irmã, Anne Clarita Diniz, por momentos de descontração, responsabilizar-se pelas tarefas domésticas para que eu pudesse fazer meus trabalhos e estudar.

Ao meu cachorro, Áries, pela companhia, amor demonstrado através de detalhes.

Ao meu noivo, Cláudio Magno, carinhosamente apelidado de Zinho, pela paciência, compreensão e estímulo. Por mostra-me que pode cair o mundo, mas ter tranquilidade é fundamental para finalizar o que deseja. Pelos momentos engraçados, sobretudo quando eu estava no desespero. E por proporcionar a mim, uma nova família, com seus pais, Luís Magno e Alvina Farias.

Ao Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), pela base do conhecimento científico, e mostrar parte da realidade da Enfermagem.

Aos meus professores, cada um com sua particularidade, que tiveram sua participação não apenas na minha formação acadêmica, mas, como a profissional que me tornarei. Desde o primeiro período até o último, suas experiências, palavras de estímulos, mostraram-me que profissionais de sucesso não são apenas aqueles que ganham bem financeiramente, mas aqueles que são sensíveis aos alunos, que reconhecem suas fragilidades. Enfim, conquistam nosso respeito não por títulos, mas por serem companheiros nessa jornada.

Ao meu orientador, Prof<sup>o</sup> Dr. Aurean D'Eça Júnior, pela paciência, pelas exigências em alguns momentos, por ter me aproximado do Centro Cirúrgico, pelo conhecimento. Pelo apoio nos momentos complicados.

Aos membros da banca, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lúscia Divana, com seu jeito sofisticado, animado, muito inteligente e competente. Eterna professora de Semiologia, cuidadosa nos detalhes. Agradeço as palavras de conforto oferecidas oportunamente. E à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Poliana Rabelo, que simplesmente arrasa no Centro Cirúrgico. Inteligente e dedicada. Comprometida com o que faz. Exemplos de dedicação e competência na área que decidiram seguir.

Aos integrantes do grupo de Pesquisa Habilidades Psicomotoras para o Cuidado (HPPC), em especial a Prof<sup>a</sup> Me. Flávia Danyelle Nunes, minha professora de UTI e

coordenadora do grupo, que sempre tirava minhas dúvidas. Uma professora dedicada, atenciosa e que sabe muito. Gostava de fazer brincadeiras com ela nos corredores do Paulo Freire! Ao Cleber Campelo, um enfermeiro top, conquistou meu respeito e admiração por ser simples, mas com uma bagagem de conhecimento e tanto! À Carolina Souza (“professora”) pelo esclarecimento de dúvidas, pelos conselhos. À Laryssa Guimarães (Lary), por ter se disponibilizado a me ajudar com a organização dos dados coletados, por me ensinar a manusear a planilha do instrumento, por responder minhas indagações no whats app e ligações, mesmo tarde da noite e em finais de semana.

À minha amiga Arthemis Lago, que não media esforços em me ajudar. Estudando juntas para Saúde da Criança, Saúde da Mulher, e sobretudo, UTI. Valeu a pena, nossas tarde e noites de estudo, minha amiga! Agradeço-te pela ajuda com a preparação do meu projeto, por abrir meus olhos, a respeito de organização. Pelo companheirismo e fidelidade, características indispensáveis em uma verdadeira amizade.

Ao meu grupo de Estágio, Aimê Guedelha, Alessandra Martins, Aléxia Damasceno, Camila Lima, Gabrielle Melo, Elouise Vasconcelos, Bruna Costa, pessoas com quem tive a oportunidade de compartilhar momentos que serão lembrados.

Aos meus amigos da Igreja Adventista do Sétimo Dia Central de São Luís que estiveram orando e apoiando nos momentos difíceis.

*“Entreguem todas as suas preocupações a Deus,  
pois Ele cuida de vocês.”*

(I Pedro 5:7)



## RESUMO

A segurança do paciente é um elemento essencial à qualidade da assistência à saúde, pois delimita ações que objetivam gerenciar e prevenir riscos nos quais os indivíduos estariam expostos. A segurança do paciente se configura como uma estratégia para redução de potenciais danos no processo assistencial. Estudo transversal com abordagem quantitativa realizado no Centro Cirúrgico de um Hospital Estadual do nordeste brasileiro, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão nº 2.076.153. A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro a junho de 2019, por meio da aplicação do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). A amostra foi composta de 56 profissionais de enfermagem. Para auxiliar na análise dos dados e comprovação dos resultados, utilizou-se o teste alpha de Cronbach. Houve predomínio do sexo feminino 51 (91,1%), faixa etária 30 a 40 anos 26 (46,4%) categoria de técnicos de enfermagem 37 (66,1%), no ensino médio completo 17 (30,4%). Das 12 dimensões estudadas, três: “Aprendizado organizacional” (91,67%,  $\alpha=0,72$ ); “Retorno da informação e comunicação sobre erro” (80,36%,  $\alpha=0,63$ ) e “Expectativas e ações da promoção de segurança dos supervisores/gerentes” (77,68%,  $\alpha=0,60$ ) apresentaram maior proporção de positividade (acima de 75%), sendo estas as dimensões fortes do estudo. As demais dimensões foram consideradas frágeis. A maioria dos profissionais considera a qualidade da segurança do paciente na área/unidade de centro cirúrgico “excelente/muito boa” (84%) e mais da metade não realizaram qualquer notificação de eventos adversos nos últimos 12 meses (53,6%). O estudo contempla a perspectiva ampliada e multidimensional de cultura de segurança ao considerar especificidades e transversalidades que influenciam o compromisso da organização de saúde com a segurança do paciente. Apesar das fortalezas evidenciadas, constatou-se dimensões da cultura de segurança com fragilidades, o que requer colaboração da organização hospitalar, gestão e equipe de assistência para instigar a promoção e apoio de práticas seguras.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Segurança do Paciente. Serviços de Saúde. Centro Cirúrgico

## ABSTRACT

Patient safety is an essential element to the quality of health care. Therefore, it is necessary to determine the relationship between structure, process and outcome for the evaluation of health care quality. To determine the patient safety culture among operating room nursing professionals of a highly complex state hospital in northeastern Brazil. Method: Cross-sectional study conducted with the nursing staff of the High Complexity State Hospital. The population was made up 56 employees. The Hospital Survey on Patient Safety Culture instrument was applied. To assist in data analysis and proof of results, the Cronbach's alpha test was used. The dimensions; Organizational Learning (91.67%,  $\alpha = 0.72$ ); "Return of information and communication about error" (80.36%,  $\alpha = 0.63$ ) and "Expectations and actions of safety promotion of supervisors / managers" (77.68%,  $\alpha = 0.60$ ) presented themselves as strengths. However, as weaker dimensions "Frequency of notified events" (32,59%,  $\alpha = 0,57$ ) e "Non-punitive Responses to Errors" (25,60%,  $\alpha = 0,41$ ) were highlighted. Therefore, the study contemplates the broad and multidimensional perspective of safety culture when considering such specificities and transversalities that influence the health organization's commitment to patient safety. Despite the strengths highlighted, dimensions with weaknesses were also found, which requires management / professionals collaboration in improving the patient safety culture of this sector. The study has as limitation the small constitution of a sample of the nursing staff of a specific sector, the operating room.

**Keywords:** Nursing. Patient safety. Health Services. Surgical Center

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Tabela 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as variáveis sociodemográficas. São Luís – MA. Brasil. 2019 (n=56) ..... 34
- Tabela 2 – Proporção das respostas positivas e confiabilidade pelo alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) de cada dimensão do instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture no hospital estadual, São Luís, MA, Brasil. 2019 ..... 35
- Tabela 3 – Qualidade da segurança do paciente na área/unidade de trabalho e número de notificações realizadas nos últimos 12 meses, hospital estadual, São Luís, MA, Brasil, 2019 ..... 36

## LISTA DE SIGLAS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
CNPQ	Conselho Nacional de Pesquisa
CQH	Controle de Qualidade Hospitalar
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CS	Cultura de Segurança
CSP	Cultura de Segurança do Paciente
EAs	Eventos Adversos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GSP	Grau de Segurança do Paciente
HCM	Hospital Estadual de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira
HPPC	Grupo de Pesquisa Habilidades Psicomotoras para o Cuidado
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBQP	Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PROQUALIS	Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	19
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	19
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	19
<b>3 MÉTODO</b> .....	20
<b>3.1 Tipo de estudo</b> .....	20
<b>3.2 Local e período do estudo</b> .....	20
<b>3.3 Participantes do estudo</b> .....	20
<b>3.4 Instrumento da pesquisa</b> .....	21
<b>3.5 Coleta de dados</b> .....	22
<b>3.6 Análise dos dados</b> .....	22
<b>3.7 Aspectos éticos</b> .....	23
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	24
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	39
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	40
<b>APÊNDICE</b> .....	43
<b>ANEXOS</b> .....	45

## 1 INTRODUÇÃO

Uma célebre frase “Primum non nocere”, escrita por Hipócrates, o pai da medicina, que significa “Nunca causarei dano a ninguém”, reforça a ideia de que o tema é decorrido há séculos. Florence Nightingale afirma em seu livro *Notes on Hospitals*, escrito em 1863: “Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes”. Com essa afirmação, a autora percebia que o cenário hospitalar seria passível de erros. Não obstante, e com o intuito de reduzir as mortes, no período da Guerra da Crimeia, estabeleceu e implementou ações que relacionaram o ambiente e a higiene. Essa atitude serviu de exemplo e reafirmação da cultura de segurança (CS) como prioridade no cuidado (BUENO; FASSARELA, 2012; TRAVASSOS, 2013; WACHTER 2010).

Segundo Bueno; Fassarella, (2012), na tentativa de instigar a qualidade da assistência, em 1910, o Dr. Ernest Codman, um cirurgião de Boston, realizou estudos que evidenciavam a importância de garantir a qualidade dos resultados baseados em intervenções e procedimentos de saúde desenvolvendo um sistema de padronização hospitalar. A partir disso, compreendeu como se proporcionava a qualidade da assistência hospitalar, e se falhas acontecidas eram levadas em consideração para uma melhora nesse atendimento.

Em 1999, com a publicação “Errar é humano: construindo um sistema de saúde seguro” do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, a temática segurança do paciente cresce significativamente com alcance em profissionais de saúde. Tal pesquisa mostra que cerca de 100 mil pessoas morreram vítimas de eventos adversos (EAs) em hospitais de Nova York, Utah e Colorado (IOM, 1999; TRAVASSOS, 2013; COREN, 2009).

No sentido de ordenar e melhorar a assistência ao paciente, políticas de saúde foram elaboradas no ano de 1999 baseadas no plano mandatório de notificação de EAs do *Institute of Medicine (IOM)* que estabelece, entre as suas finalidades, a segurança do paciente livre de danos. Em 2001, cria-se o Projeto “Hospitais Sentinela” a fim de expandir e organizar a vigilância de produtos utilizados em serviços de saúde (ENAPE, 2002).

A CS integra ponto fundamental, não se restringindo ao paciente, mas, abrangendo o olhar ao profissional e a instituição, estreitando as relações, e o resultado será uma assistência integral e qualificada. Se houver um caráter punitivo, essa cultura de segurança não oferecerá uma aproximação dos profissionais com os serviços e ações de saúde. Pelo contrário, a distância aumentará entre esses profissionais, refletindo no relacionamento com seus líderes e coordenadores, já que envolve aspectos ético-legais (LEITÃO et al., 2013; GONÇALVES FILHO; ANDRADE; MARINHO, 2011; SILVA-BATALHA; MELLEIROS, 2016).

A cultura de segurança do paciente é o conjunto de crenças, valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e grupais, ou seja, o compromisso da organização com a qualidade e a segurança de quem precisa do cuidado e não, somente da segurança do paciente propriamente dita. Importante destacar que essa cultura, adicionada a uma organização direcionada à busca pela assistência segura (WHO, 2009; GODSCHALK *et al.*, 2017).

A segurança do paciente é um elemento essencial à qualidade da assistência à saúde, pois delimita ações que objetivam gerenciar e prevenir riscos nos quais os pacientes estariam expostos. Deste modo, a segurança do paciente se configura como uma estratégia para redução de potenciais danos no processo assistencial (WHO, 2005; RAIMONDI *et al.*, 2019).

O cuidado em saúde se destaca nos últimos tempos como um desafio no cenário hospitalar e imprescindível na assistência. Nesse contexto, a qualidade do cuidado torna-se um critério cada vez mais presente nos hospitais, por meio do compromisso com o atendimento das necessidades do paciente, da busca pela satisfação do usuário, da oferta da assistência segura, eficaz e eficiente, da qualidade técnica e sistematizada do processo de cuidar e da garantia de boa estrutura e ética no atendimento. Portanto, faz-se necessário determinar a relação entre estrutura, processo e resultado para a avaliação da qualidade do cuidado em saúde (SERRANO *et al.*, 2019; SILVA, 2019).

A estrutura abrange desde os recursos humanos, físicos, materiais e financeiros, os equipamentos, as políticas de educação permanente e a importância em estabelecer os protocolos assistenciais. Envolve a relação da parte física e organizacional do local onde esse cuidado é assistido, capacitações para o manejo dos equipamentos e desenvolvimento dos profissionais de saúde. O processo equivale ao agrupamento de atividades realizadas no cuidado, nas associações estabelecidas entre os profissionais e os usuários, englobando a investigação tanto pelo diagnóstico quanto a terapêutica empregada. O resultado correspondente ao alcance das características desejáveis dos produtos ou serviços, refletindo na assistência à saúde do paciente e da comunidade, baseando-se em indicadores, como “taxa de mortalidade”, “taxa de satisfação do paciente”, comparando-se com a sustentabilidade da organização (DONABEDIAN, 1980).

Importante destacar que no Brasil, em 1990, a qualidade de segurança do paciente melhora com o Controle de Qualidade Hospitalar (CQH), iniciativa baseada no Prêmio de Qualidade Malcom Balridge dos Estados Unidos. Nessa perspectiva, visando a satisfação do cliente, foi desenvolvido o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) (COREN, 2009; SHCOLNIK, 2012).

Ainda em âmbito nacional, a Portaria N° 529 de 2013, do Ministério da Saúde, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de oferecer subsídios as instituições de saúde do território para a promoção e implantação das medidas de segurança. Desde então, copiosamente, os núcleos de segurança do paciente tem buscado avaliar essa cultura, amenizando as fragilidades, que podem impactar na organização de saúde, no cuidado prestado e nas iniciativas estabelecidas (BRASIL, 2013; ABREU *et al.*, 2019).

A cultura de segurança incentiva os profissionais a serem responsáveis por seus atos e a desenvolverem um novo olhar sobre os eventos adversos, assegurando a imparcialidade e o abandono de práticas punitivas e de culpabilização daqueles que cometem algum evento adverso não intencional. Nota-se que práticas inseguras no cuidado fazem com que os eventos adversos se tornem um problema de saúde pública, reafirmando a prioridade no desenvolvimento de estratégias para o monitoramento de erros e o estabelecimento de melhorias da qualidade no atendimento (SERRANO *et al.*, 2019). A cultura de segurança é percebida de forma distinta pelos mais diversos profissionais de saúde e pelos próprios gestores, de forma que conhecê-la constitui um aspecto fundamental para o direcionamento de práticas seguras (SOUZA *et al.*, 2019).

Para que haja a incorporação da cultura de segurança em uma equipe de trabalho, é necessário um elevado nível de compromisso da gerência e dos trabalhadores, assim como forte espírito de coesão entre os diversos departamentos, fatores esses, determinantes para a garantia de uma assistência eficiente (BRASIL, 2013). Segundo Costa (2018), as instituições devem proporcionar estruturas e meios que priorizem esse tema, analisando processos de trabalho e conhecimento dos problemas existentes, para assim, reduzir e evitá-los quando possível.

Entre os mais diversos setores hospitalares de assistência à saúde, o Centro Cirúrgico (CC), em virtude de suas próprias características, é visto como um setor de alta complexidade e risco. Diante de tais especificidades e de um trabalho que envolve diferentes categorias profissionais, o setor carece de iniciativas que fortaleçam a segurança do paciente, bem como a própria natureza do significado do cuidar em enfermagem. Estudar a segurança do paciente nesse setor, permite visualizar as fragilidades e as fortalezas do processo, assegurando assim, adesão de estratégias gerenciais e assistenciais que superem a ocorrência de eventos adversos. O enfermeiro em CC tem um papel de destaque que é garantir o melhor das práticas do cuidado visando a segurança do paciente (ABREU *et al.*, 2019; BRASIL, 2013).

Moura & Mendes (2012), já afirmavam a existência de eventos adversos no CC. Em três hospitais de ensino no Rio de Janeiro, com uma população de 1.103 pacientes, 38 sofreram erros decorrentes da prestação de cuidados, porcentagem que corresponde a 3,5%. Baseados



em uma média de internação de 14 dias, os custos se elevaram (60,9%). Já em São Paulo, envolvendo as diferentes unidades do hospital, com o objetivo de avaliar a visão dos profissionais de enfermagem sobre as dimensões de cultura de segurança do paciente, o Centro Cirúrgico obteve *score* avaliativo de 17%, representando falha na segurança do paciente (SILVA-BATALHA; MELLEIROS, 2016).

Isso ratifica o tema em questão como prioridade nas instituições de saúde, na equipe multidisciplinar, nas categorias de enfermagem, na atuação em diversas áreas do seu exercício profissional, desenvolvendo ações diretas e indiretas na assistência à saúde e na continuidade no cuidado (MARINHO, 2012; MELLO; BARBOSA, 2017).

Infere-se, portanto, que a enfermagem, juntamente com a equipe multiprofissional, estão presentes nas etapas do período perioperatório, na promoção e transformação do cuidado direto ao cliente, visando torná-lo mais seguro. A partir disso, percebe-se o valor de estratégias que visem a melhoria da segurança desse cliente (COSTA *et al.*, 2018). Esta temática ganha, copiosamente, mais adeptos. As transformações ocorridas no passado foram essenciais para reduzir o número de erros, pois, concomitantemente, vê-se a importância da interdisciplinaridade e a implementação de ações conjuntas e estudos que consolidem tal temática (NASCIMENTO *et al.*, 2015).

Nesse contexto, de acordo com WEGNER *et al* (2016), discute-se como limitações para a implantação de uma cultura de segurança do paciente a formação dos profissionais da saúde, tanto na graduação, quanto nos programas de residência multidisciplinar. Percebe-se que este tema é foco nos hospitais de ensino, uma vez que identificando as fortalezas, as fragilidades, os embates existentes em cada serviço, pode-se desenvolver e consolidar uma cultura de segurança. Vale destacar que tal implantação perpassa por vários níveis e instâncias de uma instituição, necessitando de uma envoltura e compromisso desde a direção geral até os serviços de apoio. A consolidação dessa visão, que o autor chama de sistêmica e processual é uma das dificuldades impostas para a construção dessa cultura nos cenários de cuidado à saúde.

Entretanto, segundo Gawron; Oselame; Neves (2016), a maior limitação para as organizações de saúde é a promoção de uma cultura não punitiva, pois erros não seriam vistos erroneamente, e sim oportunidades de melhorias. A partir dessa consolidação, as instituições enraizariam sua cultura atual, a fim de organizar, sistematizar e implementar medidas que refletiriam na diminuição das falhas e processos.

Logo, deve-se estimular e incorporar a cultura da segurança nas organizações com sua devida importância para o cuidado em saúde seguro e o desenvolvimento de melhores práticas na atenção à saúde. Os profissionais devem ser facilitadores dessa segurança adotando as

melhores ações, assim os pacientes e a seus familiares se sentirão seguros ao buscar auxílio no serviço de saúde (HARADA *et al.*,2012; WEGNER *et al.*, 2016)

Entende-se a importância em avaliar essa cultura, pois integra um processo contínuo e que proporciona melhorias na segurança do paciente no contexto das instituições de saúde. Uma cultura de segurança positiva pode ser assimilada como um elemento de comportamento dos profissionais, na consolidação da sensibilidade humana, vendo os indivíduos seres passíveis de erros (SOUZA *et al.*,2019).

Nessa perspectiva, sendo a enfermagem a maior força de trabalho, e onde a ciência pode ser aplicada (SILVA; MELLEIROS, 2015), deve-se instigar a troca de saberes e a relação sobre as estratégias na cultura de segurança do paciente, permitindo reconhecer potencialidades e fragilidades que direcionarão a construção e consolidação de uma cultura positiva e forte dentro das instituições de saúde, evocando o paciente e os cuidados a ele prestados como centralidade deste processo assistencial. Então surge neste enlace, a seguinte questão norteadora: Como é percebida a cultura de segurança do paciente pela equipe de enfermagem cirúrgica? Assim, esta pesquisa tem como objetivo determinar a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem do centro cirúrgico de um hospital estadual de alta complexidade do nordeste brasileiro.

A relevância deste estudo consiste em conhecer as potencialidades e fragilidades da cultura organizacional do centro cirúrgico de um hospital de alta complexidade, a fim incorporar novas atitudes e padrões de comportamento por meio da confiança mútua entre gestores e profissionais assistenciais, com vistas a segurança do paciente. Logo, Matiello *et al* (2016), afirma ser fundamental estudos que conheçam os fatores que dificultam a construção da cultura de segurança do paciente.

Importante destacar a notoriedade que pesquisas dessa temática servirão de impacto para a identificação de fatores e condições que promovam o controle e prevenção de erros adversos. Refletindo assim, na assistência segura, credibilidade dos profissionais e no próprio sistema de saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem do Centro Cirúrgico de um hospital estadual de alta complexidade.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Descrever as características sociodemográficas dos profissionais da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico;
- b) Identificar as dimensões fortes e frágeis em segurança do paciente;
- c) Verificar a qualidade de segurança do paciente segundo os profissionais de enfermagem do Centro Cirúrgico;
- d) Identificar as notificações de eventos adversos nos últimos 12 meses citados pelos profissionais de enfermagem do Centro Cirúrgico.

### **3 MÉTODO**

#### **3.1 Tipo e delineamento do estudo**

Estudo transversal com abordagem quantitativa que faz parte de uma pesquisa maior intitulada “Cultura de Segurança do Paciente entre profissionais de Enfermagem”, pertencente ao Grupo de Pesquisa Habilidades Psicomotoras para o Cuidado, vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

#### **3.2 Local do estudo**

Estudo realizado no Centro Cirúrgico de um Hospital de referência estadual em atendimentos de alta complexidade do Maranhão, que oferece assistência, ensino, pesquisa e extensão na área da saúde e compreende os serviços de urgência, emergência, clínico-cirúrgica, terapia intensiva, imagenologia, hemodiálise, odontologia, ambulatório, entre outros. É gerenciado por uma instituição de referência em gestão hospitalar de unidades públicas em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde e contempla uma equipe multiprofissional que inclui as áreas de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, serviço social, nutrição, psicologia e medicina e conta com estrutura humana abundante e qualificada. O Centro Cirúrgico possui nove salas cirúrgicas, cirurgias gerais, urológicas, vasculares, cabeça e pescoço, proctológicas, ginecológicas, mastologia, torácicas, cirurgias plásticas reparadoras, neurocirurgias, cirurgias cardíacas e cirurgias odontológicas.

#### **3.3 População e Amostra**

O estudo contou com a participação de todos os profissionais de enfermagem que trabalham no Centro Cirúrgico do respectivo hospital, seja aqueles em contato direto com os pacientes ou àqueles em atividades de gestão (supervisores, líderes e coordenadores de enfermagem).

Foram incluídos no estudo profissionais de enfermagem efetivos, ambos os sexos e com carga horária igual ou superior a 30 horas semanais. Não foram incluídos profissionais em licença saúde, licença maternidade ou afastados por outras situações. O setor possui um total de 64 profissionais de enfermagem. Houve 8 perdas: 1 licença maternidade, 3 licenças saúde, 2 remanejamentos e 2 recusas. Assim, o estudo totalizou 56 indivíduos.

### 3.4 Instrumento da pesquisa

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

Trata-se de um instrumento validado e traduzido 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 (PROQUALIS, 2015) (ANEXO A).

O questionário é composto por 8 seções (A a H) que englobam 53 itens dos quais 44 estão relacionados a questões específicas de cultura de segurança do paciente e 9 às informações pessoais (ANEXO A). As seções de “A” a “G” abrangem 12 dimensões ou valores da cultura de segurança do paciente, conforme descritas no Anexo B:

As 12 dimensões são descritas em escala de item único ou de múltiplos itens; destas, 07 referem-se à unidade de trabalho, 03 à organização hospitalar e 02 são variáveis de resultado.

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) serão respondidas 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 I possui 9 itens que tem por finalidade a caracterização dos sujeitos da pesquisa tendo um espaço destinado aos comentários relativos à segurança do paciente, erros e relatórios de eventos adversos no hospital. Este espaço destinou-se ao preenchimento dos participantes que se sintam a vontade para tecer tais comentários.

Cada instrumento continha um código alfanumérico de três dígitos, que foi também registrado no TCLE correspondente a cada sujeito da pesquisa. Essa codificação manteve a identidade do participante preservada durante a digitação e análise dos dados. O instrumento foi preenchido pelo sujeito da pesquisa, com tempo médio de resposta de 10 a 15 minutos.

### 3.5 Coleta de dados

Para o início da coleta, reuniu-se com a responsável pelo COCEPE (Conselho Coordenador de Ensino, da Pesquisa e da Extensão) do hospital, explanando os objetivos do estudo, inclusão dos sujeitos, instrumento e procedimentos de coleta de dados, ratificando a importância da pesquisa e da participação e cooperação dos mesmos na sua execução. Pesquisa oriunda do projeto aprovado pelo Colegiado do Curso.

Na sequência, aproveitou-se a oportunidade para abordar os profissionais de enfermagem, em seu local de trabalho, convidando-os a participar da pesquisa. Sendo também orientados de que sua participação é 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 aceitaram participar da pesquisa, foram-lhes entregues 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.

Ao observar a dinâmica do setor e após avaliar a melhor forma para coleta dos dados optou-se em entregar o questionário ao funcionário no início do turno e buscá-lo ao final de cada turno em horário combinado. A coleta de dados ocorreu nos turnos matutino, vespertino e noturno, no período entre fevereiro e maio de 2019.

### 3.6 Análise dos dados

Nessa etapa, realizou-se, previamente, uma análise exploratória dos questionários para identificar e eliminar àqueles que pudessem apresentar respostas altamente assimétricas ou elevado número de respostas ausentes (SORRA; NIEVA, 2004).

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 compreenderam àquelas em que foram assinaladas a opção 3 (“não concordo nem discordo” ou “às vezes”) para qualquer item. As respostas positivas referiram-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 compreenderam 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).

Os resultados gerados permitiram identificar fortalezas e fragilidades da segurança do paciente. Foram 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 (“discordo totalmente” ou “discordo”). Da mesma forma, considerou-se “áreas frágeis da segurança do paciente” e que necessitam de melhoria aquelas cujos itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas (SORRA; NIEVA, 2004).

Para auxiliar na análise dos dados e comprovação dos resultados, utilizou-se o teste alpha de Cronbach. Este teste permite verificar a confiabilidade da consistência interna do instrumento, definida como a consistência com que o instrumento mede uma determinada característica, variando entre 0,00 e 1,00, cujo valor mínimo deve ser 0,60 (ZAR, 1999; MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006). Esta análise foi realizada no programa estatístico Stata 14.0. Inicialmente, os dados foram incluídos em uma planilha em formato Microsoft Excel disponibilizada em meio eletrônico pela Agency for Healthcare Research and Quality.

### **3.7 Aspectos éticos**

Estudo seguiu com rigor as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional Saúde, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, conforme Anexo C (BRASIL, 2012) sob o parecer número 2.076.153 em 22 de maio de 2017 e Colegiado do Curso (ANEXO D).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### **CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO:**

perspectiva dos profissionais de Enfermagem

Patient safety culture at a surgical center: perspective of nursing professionals

**Paper a ser submetido à revista *International Journal of Development Research***

#### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A segurança do paciente é um elemento essencial à qualidade da assistência à saúde, portanto, faz-se necessário determinar a relação entre estrutura, processo e resultado para a avaliação da qualidade do cuidado em saúde. **OBJETIVO:** Determinar a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem de centro cirúrgico de um hospital estadual de alta complexidade do nordeste brasileiro. **MÉTODO:** Estudo transversal realizado com a equipe de enfermagem do Hospital Estadual de Alta Complexidade. A população foi composta 56 funcionários. Aplicou-se o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Para auxiliar na análise dos dados e comprovação dos resultados, utilizou-se o teste alpha de Cronbach. **RESULTADOS:** As dimensões: “Aprendizado organizacional” (91,67%,  $\alpha = 0,72$ ); “Retorno da informação e comunicação sobre erro” (80,36%,  $\alpha = 0,63$ ) e “Expectativas e ações da promoção de segurança dos supervisores/gerentes” (77,68%,  $\alpha = 0,60$ ) apresentaram-se como pontos fortes. Entretanto, como dimensões mais frágeis “Frequência de eventos notificados” (32,59%,  $\alpha = 0,57$ ) e “Respostas não punitivas aos erros” (25,60%,  $\alpha = 0,41$ ) foram destacadas. O estudo contempla, portanto, a perspectiva ampliada e multidimensional de cultura de segurança ao considerar tais especificidades e transversalidades que influenciam o compromisso da organização de saúde com a segurança do paciente. **CONCLUSÃO:** Apesar das fortalezas evidenciadas também constatou-se dimensões com fragilidades, o que requer colaboração gestão/profissionais no melhoramento da cultura de segurança do paciente deste setor. O estudo apresenta como limitação a constituição pequena de uma amostra da equipe de enfermagem de um setor específico, o centro cirúrgico.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Segurança do Paciente. Serviços de Saúde. Centro Cirúrgico.



## ABSTRACT

Background: Patient safety is an essential element to the quality of health care. Therefore, it is necessary to determine the relationship between structure, process and outcome for the evaluation of health care quality. Objective: To determine the patient safety culture among operating room nursing professionals of a highly complex state hospital in northeastern Brazil. Method: Cross-sectional study conducted with the nursing staff of the High Complexity State Hospital. The population was made up 56 employees. The Hospital Survey on Patient Safety Culture instrument was applied. To assist in data analysis and proof of results, the Cronbach's alpha test was used. Results: The dimensions; Organizational Learning ”(91.67%,  $\alpha = 0.72$ ); “Return of information and communication about error” (80.36%,  $\alpha = 0.63$ ) and “Expectations and actions of safety promotion of supervisors / managers” (77.68%,  $\alpha = 0.60$ ) presented themselves as strengths. However, as weaker dimensions “Frequency of notified events” (32,59%,  $\alpha= 0,57$ ) e “Non-punitive Responses to Errors” (25,60%,  $\alpha= 0,41$ ) were highlighted. Therefore, the study contemplates the broad and multidimensional perspective of safety culture when considering such specificities and transversalities that influence the health organization's commitment to patient safety. Conclusion: Despite the strengths highlighted, dimensions with weaknesses were also found, which requires management / professionals collaboration in improving the patient safety culture of this sector. The study has as limitation the small constitution of a sample of the nursing staff of a specific sector, the operating room.

Keywords: Nursing. Patient safety. Health Services. Surgical Center

## INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde se destaca nos últimos tempos como um desafio no cenário hospitalar e imprescindível na assistência à saúde. Nesse contexto, a qualidade do cuidado torna-se um critério cada vez mais presente nos hospitais, por meio do compromisso com o atendimento das necessidades do paciente, da procura pelo aumento da satisfação do usuário, da oferta da assistência segura, eficaz, eficiente, da qualidade técnica e sistematizada do processo de cuidar e garantia de boa estrutura e ética no atendimento. Portanto, faz-se necessário determinar a relação entre estrutura, processo e resultado para a avaliação da qualidade do cuidado em saúde.<sup>1,2</sup>

A segurança do paciente é um elemento essencial à qualidade da assistência à saúde, pois delimita ações que objetivam gerenciar e prevenir riscos nos quais os pacientes estariam expostos. Deste modo, a segurança se configura como uma estratégia para redução de potenciais danos no processo assistencial.<sup>3,4</sup>

A cultura de segurança incentiva os profissionais a serem responsáveis por seus atos e a desenvolverem um novo olhar sobre os eventos adversos, assegurando a imparcialidade e o abandono de práticas punitivas e de culpabilização daqueles que cometem algum evento adverso não intencional. Nota-se que práticas inseguras no cuidado fazem com que os eventos adversos se tornem um problema de saúde pública, reafirmando prioridade no desenvolvimento de estratégias para o monitoramento de erros e o estabelecimento de melhorias da qualidade para a segurança do paciente.<sup>1</sup> A cultura de segurança é percebida de forma distinta pelos mais diversos profissionais de saúde e pelos próprios gestores, de forma que conhecê-la constitui um aspecto fundamental para o direcionamento de práticas seguras.<sup>5</sup>

Em âmbito nacional, a portaria nº 529 de 2013, do Ministério da Saúde, lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de oferecer subsídios para que todas as instituições de saúde no território tenham um ponto de partida para implantar e promover medidas de segurança.<sup>6</sup> Assim, cultura de segurança do paciente é um conjunto de valores, atitudes, percepções e competências individuais ou grupais que determinam o empenho nas questões de segurança do paciente em uma instituição de saúde, sendo um fator primordial no desenvolvimento de um sistema voltado para as boas práticas assistenciais.<sup>1</sup>

Para que haja a incorporação da cultura de segurança em uma equipe de trabalho é necessário um elevado nível de compromisso da gerência e dos trabalhadores, assim como forte espírito de coesão entre os diversos departamentos, fatores determinantes para a garantia de uma assistência eficiente.<sup>7</sup> Partindo dessa premissa, a enfermagem como força maior de

trabalho no hospital deve assumir esta competência como potencial de melhoria na prestação do cuidado.

Entre os mais diversos setores hospitalares de assistência à saúde, o Centro Cirúrgico, em virtude de suas próprias características, é visto como um setor de alta complexidade e risco. Diante de tantas especificidades e de um trabalho que envolve as mais diversas categorias profissionais e especialidades, este setor carece de iniciativas que fortaleçam a segurança do paciente, bem como a própria natureza do significado do cuidar em enfermagem. Pelo exposto, estudar a segurança do paciente em Centro Cirúrgico permite visualizar as fragilidades e as fortalezas neste processo, assegurando, assim, adoção de estratégias gerenciais e assistenciais que superem a ocorrência de eventos adversos.<sup>6,7</sup>

Então, surge neste enlace, a seguinte questão norteadora: Como é percebida a cultura de segurança do paciente pela equipe de enfermagem cirúrgica? Assim, esta pesquisa teve como objetivo determinar a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem de centro cirúrgico de um hospital estadual de alta complexidade do nordeste brasileiro.

## **MÉTODOS**

Estudo transversal com abordagem quantitativa, proveniente da pesquisa “Cultura de Segurança do Paciente entre profissionais de Enfermagem”, pertencente ao Grupo de Pesquisa Habilidades Psicomotoras para o Cuidado, vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

O estudo foi desenvolvido no Centro Cirúrgico do Hospital de referência estadual em atendimentos de alta complexidade do Maranhão, que oferece assistência, pesquisa e extensão na área da saúde. O Centro Cirúrgico do hospital possui nove salas cirúrgicas, abrangendo cirurgias gerais, urológicas, vasculares, cirurgias de cabeça e pescoço, proctológicas, ginecológicas, mastologia, torácicas, cirurgias plásticas reparadoras, neurocirurgias, cirurgias cardíacas e cirurgias odontológicas.

O estudo contou com a participação de todos os profissionais de enfermagem que trabalham no Centro Cirúrgico do respectivo hospital, seja aqueles em contato direto com os pacientes ou àqueles em atividades de gestão (supervisores, líderes e coordenadores de enfermagem). Assim, participaram do estudo 19 enfermeiros e 37 técnicos em enfermagem, perfazendo total de 56 participantes.

Foram incluídos na pesquisa os profissionais de enfermagem de ambos os sexos, com carga horária semanal igual ou superior a 30 horas no hospital e que faziam parte do quadro

efetivo de funcionários. Não foram incluídos os profissionais que estavam, no período da coleta de dados, em licença saúde ou maternidade ou afastados por motivos diversos.

Utilizou-se para a coleta de dados o questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC criado pela Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ dos Estados Unidos em 2004.<sup>8</sup>

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.<sup>9</sup>

O questionário é composto por 8 seções (A a H) que englobam 53 itens dos quais 44 estão relacionados a questões específicas de cultura de segurança do paciente e 9 às informações pessoais. As seções de “A” a “G” abrangem 12 dimensões ou valores da cultura de segurança do paciente.

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 compreenderam àquelas em que foram assinaladas a opção 3 (“não concordo nem discordo” ou “às vezes”) para qualquer item. As respostas positivas referiram-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 compreenderam 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.<sup>10</sup>

Os resultados gerados permitiram identificar fortalezas e fragilidades da segurança do paciente. Foram 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 (“discordo totalmente” ou “discordo”). Da mesma forma, considerou-se “áreas frágeis da segurança do paciente” e que necessitam de melhoria aquelas cujos itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas.<sup>10</sup>

Ao observar a dinâmica do setor e após avaliar a melhor forma para coleta dos dados optou-se em entregar o questionário ao funcionário no início do turno e buscá-lo ao final de

cada expediente, em horário combinado. A coleta de dados ocorreu no período entre janeiro e junho de 2019, realizada pelo próprio pesquisador e por discentes integrantes do Grupo de Pesquisa Habilidades Psicomotoras para o Cuidado (HPPC).

Para auxiliar na análise dos dados e comprovação dos resultados, utilizou-se o teste alpha de Cronbach. Este teste permite verificar a confiabilidade da consistência interna do instrumento, definida como a consistência com que o instrumento mede uma determinada característica, variando entre 0,00 e 1,00, cujo valor mínimo deve ser 0,60.<sup>11,12</sup> Esta análise foi realizada no programa estatístico Stata 14.0 e os resultados apresentados em tabelas.

Estudo seguiu com rigor as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional Saúde, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, sob o parecer número 2.076.153. Todos os participantes que aceitaram participar voluntariamente após esclarecidos sobre a pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme APÊNDICE A (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS

A tabela 1 caracteriza-se pela distribuição heterogênea entre os sexos feminino (91,1%) e masculino (8,9%), com predominância da faixa etária de 30 a 40 anos (46,4%), apresentando uma média na idade de 32,2 anos, na função de técnicos de enfermagem (66,1%), nível médio completo (30,4%), com tempo de trabalho na enfermagem de 1 a 10 anos (80,4%), tempo de trabalho na área/unidade atual de 1 a 10 anos (55%) e carga horária semanal de até 39 horas (92,9%).

Tabela 1 – Distribuição das frequências das variáveis sociodemográficas dos profissionais de enfermagem. São Luís – MA. Brasil. 2019.

Variável	N (%)
<b>Sexo</b>	
Feminino	51 (91,1)
Masculino	5 (8,9)
<b>Idade ( média de idade= 32,2 anos)</b>	
Até 29 anos	19 (33,9)
30 a 40 anos	26 (46,4)
41 a 50 anos ou mais	11 (19,8)
<b>Cargo/Função</b>	
Enfermeiro	19 (33,9)
Técnico de Enfermagem	37 (66,1)
<b>Escolaridade</b>	
Médio Completo	17 (30,4)
Superior Incompleto	16 (28,6)
Superior Completo	14 (25)
Especialização	9 (16,1)

<b>Tempo de trabalho na especialidade ou profissão atual</b>	
< 1 ano	10 (17,9)
1 a 10 anos	45 (80,4)
11 a 20 anos	1 (1,8)
<b>Tempo que trabalha na sua atual área/unidade</b>	
< 1 ano	9 (16,1)
1 a 10 anos	42 (55,0)
<b>Carga horária semanal</b>	
Até 39 horas	52 (92,9)
> 39 horas	4 (7,1)
<b>TOTAL</b>	<b>56 (100)</b>

Segundo a Tabela 2, as dimensões com maior proporção de positividade com valores acima de 75% foram consideradas áreas fortes de segurança do paciente: “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” (91,67%), “Retorno das informações e da comunicação sobre erro” (80,36%) e “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores” (77,68%). As demais, tiveram positividade menor que 75%. A dimensão “Respostas não punitivas aos erros” teve o menor percentual de positividade (25,60%), consideradas áreas frágeis da segurança do paciente.

Ainda na Tabela 2, o HSOPS obteve boa confiabilidade pelo alpha de Cronbach (0,60 - 0,72), exceto nos domínios de “Percepção geral da segurança do paciente” (0,51), “Respostas não punitivas aos erros” (0,49), “Trabalho em equipe entre as unidades” (0,41), “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” (0,35) e “Frequência de eventos notificados” (0,57).

Tabela 2 – Proporção das respostas positivas e confiabilidade pelo alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) de cada dimensão do instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture. São Luís, MA, Brasil, 2019

<b>Dimensão de cultura de segurança</b>	<b>%</b>	<b>Alfa</b>
Aprendizado organizacional e melhoria contínua	91,67	0,72
Retorno das informações e da comunicação sobre erro	80,36	0,63
Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores	77,68	0,60
Percepção geral da segurança do paciente	66,07	0,51
Trabalho em equipe dentro das unidades	63,39	0,64
Abertura da comunicação	50,63	0,63
Adequação de profissionais	40,18	0,65
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	35,71	0,35
Passagens de plantão/turno e transferências internas	35,27	0,61
Trabalho em equipe entre as unidades	35,67	0,49
Frequência de eventos notificados	32,59	0,57
Respostas não punitivas aos erros	25,60	0,41

A avaliação da qualidade da segurança do paciente na área/unidade de centro cirúrgico foi considerada “excelente/muito boa” por 84% dos funcionários, conforme a Tabela 3. Sobre o quantitativo de eventos notificáveis, 53,6% não realizaram qualquer notificação nos últimos 12 meses. Houve um percentual de apenas 12,5% superior a 10 notificações realizadas pelos profissionais de enfermagem do referido centro cirúrgico (Tabela 3).

Tabela 3 – Qualidade da segurança do paciente na área/unidade de trabalho e número de notificações realizadas nos últimos 12 meses. São Luís, MA, Brasil, 2019

Variável	N*	(%)
<b>Qualidade da segurança do paciente na área/unidade de trabalho</b>		
Excelente	17	(30)
Muito boa	30	(54)
Regular	8	(14)
Muito Ruim	1	(2)
<b>Número de eventos notificados nos últimos 12 meses</b>		
Nenhuma notificação	30	(53,6)
1 a 2 notificações	2	(3,6)
3 a 5 notificações	11	(19,6)
6 a 10 notificações	6	(10,7)
11 a 20 notificações	1	(1,8)
21 notificações ou mais	6	(10,7)

## DISCUSSÃO

A avaliação da confiabilidade de um instrumento refere-se à estabilidade, consistência interna e equivalência de uma medida. É sabido que não é uma propriedade fixa do questionário, pois depende da função, do tipo de instrumento e maneira pela qual foi aplicado e administrado para a obtenção dos resultados<sup>13</sup>. Esse instrumento obteve boa confiabilidade pelo alpha de Crombach em sete das 12 dimensões avaliadas.

Partindo da premissa que a cultura de segurança nos serviços de saúde associa-se a avaliação da estrutura, do processo, dos resultados e da percepção dos profissionais atuantes na instituição, notou-se que em relação às variáveis sociodemográficas predominaram mulheres de 30 a 40 anos e pertencentes, em sua maioria, na categoria de técnico de enfermagem.

De acordo com uma pesquisa realizada pelo INEP<sup>14</sup>, em 2015, a prevalência feminina se inicia desde o cenário acadêmico, estendendo-se na profissão. O que corrobora-se no estudo feito pelo Conselho Federal de Enfermagem em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, onde reafirma e mostra que 87,7% dos profissionais de enfermagem do Maranhão é composta pelo sexo feminino, predominância essa, também encontrada em outras pesquisas<sup>15</sup>. Em um estudo anterior, a faixa etária encontrada foi entre 31 a 35 anos (22,4%), destes 75,3% pertencem a categoria profissional de Técnico/Auxiliar de Enfermagem<sup>16</sup>.

Em relação ao grau de escolaridade, 30,4% possuíam ensino médio completo, constando apenas o curso profissionalizante como capacitação. Isso porque, em maior quantidade, achou-se a categoria de técnico de enfermagem. Entretanto, percebeu-se que o desejo em se qualificar tem sido uma busca desse profissional, o que é confirmado através dos 28,6% trabalhadores de nível médio (técnicos), que cursam a graduação de enfermagem, com o intuito de finalizar o ensino superior. Em estudo no Rio de Janeiro em 2013<sup>17</sup>, a maioria (64,6%) eram profissionais de nível superior, evidenciando a importância do ensino superior para a contratação no cargo.

Sobre o tempo de trabalho e o tempo de atuação na unidade em que exercem a função atual, o maior percentual dos participantes, respectivamente, (80,4%) e (55%) possuem de 1 a 10 anos de serviço. Nota-se que a faixa temporal relacionada ao tempo de trabalho e tempo de serviço na instituição são semelhantes. O que nos conduz a interpretar que, os funcionários do Centro Cirúrgico permanecem trabalhando no setor desde a sua admissão no Hospital, evidenciando também, baixa rotatividade entre os profissionais da organização hospitalar. Esse tempo de serviço, pode influenciar na sistematização do cuidado e no conhecimento do setor, colaborando para uma melhor cultura de segurança. Com o predomínio de até 39 horas, a carga horária semanal encontrada, está de acordo com o preconizado pelo COFEN, de acordo com a resolução nº 0154/2016. Tal carga, sugere que esses profissionais alieem o tempo de descanso, oportunidade de emprego em outra instituição ou até mesmo, a realização de plantões extras, para complementação da sua renda<sup>18</sup>. Entretanto, importante destacar que este estudo não avaliou se o profissional possuía outro vínculo empregatício, pois o HSOPSC não contempla essa informação, o que pode ser um fator limitante.

No HSOPSC destacaram-se três dimensões com escore de respostas positivas acima de 75%, quesito necessário para ser considerada área de força para a cultura de segurança do paciente, a saber: “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”, “Retorno das informações e da comunicação sobre erro” e “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores”.

A importância da dimensão “Aprendizagem Organizacional” é ratificada através de um estudo que deu ênfase no aprendizado contínuo amenizando a taxa de mortalidade evitável<sup>19</sup>. Esse domínio contempla a avaliação do aprendizado a partir dos erros, onde a educação continuada é parte integrante. Essa educação é considerada como fator substancial para melhoria da assistência, e isto é revelado como dimensão forte na pesquisa, objetivando mudanças de protocolos e fazendo menção a necessidade da implantação de gerenciamento de riscos e de sistemas de notificações de Eventos Adversos (EA)<sup>20</sup>. Pelo presente estudo, percebeu-se que os profissionais compreendem a importância de capacitações, que incluíram



mudanças positivas e a avaliação da efetividade. E este aprendizado organizacional é fundamental para enraizar essa cultura, pois investiga as causas dos erros.

Outro ponto que se destacou como fortaleza foi o “Retorno das informações e da comunicação sobre o erro”, o que revelou a preocupação dos participantes quanto a implementação de mudanças e a discussão de estratégias. De forma diferente, em pesquisa realizada no Centro Cirúrgico de três anexos de um hospital do Paraná<sup>21</sup> e em unidades situadas na capital e região portuária do Peru, revelaram falha nas unidades pesquisadas e em outras instituições hospitalares públicas e privadas, envolvendo nesse último, o total de 1.679 participantes profissionais de saúde<sup>22</sup>. Segundo essa pesquisa<sup>21</sup>, as dimensões “Abertura de comunicação”, “Retorno da informação e comunicação sobre erros” e “Frequência de relatos de eventos” obtiveram baixos índices de respostas positivas de 35%, 37% e 30%, respectivamente, evidenciando fragilidade.

A dimensão correspondente a “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes” apresenta 77,68% de positividade, o que se observa que os supervisores/gerentes levam em consideração as sugestões dos funcionários e reconhecem a participação destes na melhoria da segurança do paciente. Afirma-se que, a influência dos líderes no desenvolvimento de hábitos, comportamentos e processos culminam numa cultura positiva evoluindo para uma melhoria constante<sup>23</sup>. Sobre a percepção positiva dos profissionais (em sua maioria técnicos de enfermagem), é possível observar que a influência do papel de liderança exercido pelos enfermeiros líderes do respectivo setor, instiga hábitos, comportamentos e mudanças organizacionais<sup>23</sup>.

Sobre a prevenção dos Eventos Adversos, a questão da notificação dos incidentes, no que tange à sua compreensão e às causas das ocorrências, deve ser fortemente elencada<sup>20</sup>, pois, ainda persiste a necessidade de consolidação da cultura da comunicação e análise desses incidentes. A comunicação pode ser trabalhada a partir da notificação de eventos tirando do abstrato a associação entre cultura de segurança e demais resultados, podendo variar entre as categorias profissionais e entre os diferentes serviços de um mesmo hospital. Pelo presente estudo, a maioria dos participantes não notificou os eventos adversos nos últimos 12 meses, mas percebem a importância desse ato. As principais causas para a ausência de notificações foram relatadas em uma pesquisa realizada em 2015, num hospital de ensino de Minas Gerais<sup>24</sup>. Perceberam que os profissionais de enfermagem não se sentem preparados para notificar. Isso em decorrência da falta capacitação profissional, revelando que os maiores entraves são de queixas técnicas, ou seja, qualquer alteração ou irregularidade no manejo, podem levar a agravos à saúde. Complementam também que, o problema do medo da punição são barreiras

para uma “cultura mais justa”<sup>23</sup>. Para isso, é necessário que a gestão institucional, conjuntamente com profissionais, incorporem essa cultura, tendo líderes comunicativos, não punitivos e com bom relacionamento pessoal. Además, se não houver ações corretivas e preventivas, o mais provável é que ocorra a subnotificação, e isso acarretará em falhas no diagnóstico dos problemas relacionados à segurança do paciente, o que limitará a gerência, a diminuição e controle da ocorrência de eventos adversos.

Neste estudo, a equipe de Enfermagem avaliou o grau de segurança do paciente no Centro cirúrgico, atribuindo uma nota de valor qualitativo “Muito Boa”. Em estudo realizado na capital do Piauí<sup>6</sup> e em Florianópolis (SC)<sup>25</sup> classificam como regular, e neste mesmo setor, em São Paulo<sup>25</sup>, os profissionais indicaram como “muito ruim”. Estas diferenciações encontradas, tanto na avaliação da segurança do paciente por parte dos profissionais de saúde e em diferentes instituições ou cenários de assistência, podem estar relacionadas ao nível de implantação da cultura de segurança. Nas instituições onde a cultura de segurança já está mais enraizada e presente, as avaliações são mais criteriosas. O que demonstra a necessidade de melhoria da cultura de segurança no CC, visando fortalecer a comunicação e o trabalho desenvolvido entre as equipes. Outras formas seriam discutir em ambientes de treinamento, aspectos relacionados aos pacientes cirúrgicos; rever a influência que a abordagem punitiva possui, e se possível, substituí-la por uma abordagem sistêmica; fortalecer os sistemas de notificações, para que todos os profissionais aprendam com os erros acontecidos na instituição, elaborando metas que previnam danos indesejáveis.

É sabido que, a classificação ‘regular’ possui mais frequência nos estudos realizados no Brasil. Tal periodicidade é justificada pela existência de condições que proporcionam um dimensionamento inadequado de pessoal, superlotação, falta de estrutura adequada, escassez de equipamentos, induzindo à ocorrência de erros<sup>6</sup>. Entretanto, este estudo demonstra que esse cenário busca mudanças, estabelece exigências mais direcionadas a segurança do paciente. Ratifica-se, pois a partir de uma visão mais crítica o que os profissionais de enfermagem percebem na qualidade no cuidado.

No entanto, proporcionar momentos para interação e discussão entre os funcionários sobre erros e a culpa pode ser um caminho para visualizar que erros como oportunidades de aprendizado. Tem-se a necessidade de aperfeiçoar a cultura de segurança do paciente, tendo em vista a elaboração de protocolos, planejamento de capacitações, melhorias na comunicação, no ambiente de trabalho e infraestrutura, redução da sobrecarga de trabalho, prevenção de erro e maior resolutividade<sup>26</sup>.

## CONCLUSÃO

A utilização do questionário HSOPSC permitiu estabelecer um panorama da segurança do paciente na visão dos profissionais do centro cirúrgico. Destacaram-se como dimensões fortes “Aprendizado organizacional”, “Retorno da informação e comunicação sobre erro”, “Expectativas e ações da promoção de segurança dos supervisores/gerentes”.

Entretanto, apesar de apresentar três dimensões fortes, a avaliação da cultura de segurança do hospital estadual pode estabelecer que outras dimensões necessitam ser revistas pela gestão e pela equipe como um todo pois foram consideradas frágeis: “Percepção geral da segurança do paciente”, “Trabalho em equipe dentro das unidades”, “Abertura da comunicação”, “Adequação de profissionais”, “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”, “Passagens de plantão/turno e transferências internas”, “Trabalho em equipe entre as unidades”, “Frequência de eventos notificados”, “Respostas não punitivas aos erros”. Essas dimensões necessitam de atenção e de investimento dos gestores.

O estudo apresentou como limitação a constituição da avaliação da cultura de segurança somente por profissionais de um setor específico, o centro cirúrgico, no qual participam da assistência, uma equipe de enfermagem, e a dificuldade quanto ao recolhimento dos questionários. Não obstante, a colaboração e apoio da coordenação do setor amenizaram essa dificuldade. Como tal limitação, sugere-se que a cultura de segurança deva ser investigada para outros serviços e grupos do hospital.

Para a melhoria na qualidade da assistência, tem-se a necessidade de esforços para organização hospitalar, incentivo aos profissionais na condução das ações, reconhecimento dos fatores que culminam em erros e suas facetas para o julgamento. A partir disso, norteia-se atitudes oriundas da criticidade, raciocínio lógico e prudente, consolidando a cultura não punitiva e secundarizando o foco da atenção de quem realizou o erro.

É necessário um pensamento sistematizado em prol da cultura de segurança no centro cirúrgico desta instituição, atentando a condição humana passível de erros, e sendo responsável pela criação de sistemas que previnam erros, e intermedeiem os danos resultantes deste erro. Com isso, fica a incumbência ao profissional a possibilidade de mudar seu comportamento e atitudes, vivenciando uma nova referência, estabelecendo uma cultura de segurança no seu local de trabalho, demonstrando à liderança que a garantia da cultura de segurança é prioridade.

Por fim, a educação em serviço de saúde e a formação dos profissionais deve promover capacitações regulares. Os gestores devem instigar a promoção e apoio de práticas seguras, levando em consideração evidências e regulamentos de atendimento.

## REFERÊNCIAS

- 1 Serrano ACFF, Santos DF, Matos SS, Goveia VR, Mendoza IYQ, Lessa AC. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico. REME- Rev Min Enferm. 2019;23:e-1183.
- 2 Silva LC, Oliveira DAL, Santos ABR, Barbosa LMS, Araujo LG, Barboza MTV, et al. Dimensionamento de pessoal e sua interferência na qualidade do cuidado. Rev Enferm UFPE on line. 2019;13(1):491-8.
- 3 World Health Organization (CH). World Alliance for Patient Safety WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. Geneva: WHO; 2005.
- 4 Raimondi DC, Bernal SCZ, Oliveira JLC, Matsuda LS. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. Rev Gaúcha Enferm. 2019; 40(esp):e-20180133.
- 5 Souza CS, Tomaschewski-Barlem JG, Rocha LP, Barlem ELD, Silva TL, Neutziling BRS. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectivas dos profissionais de saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e-20180294.
- 6 Abreu IM, Rocha RC, Avelino FVSD, Guimarães DBO, Nogueira LT, Madeira MZA. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40 (esp):e-20180198.
- 7 Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF; 2013 [citado 2019 nov 15]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529>.
- 8 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: 15 nov 2019.
- 9 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: 30 ago. 2016.
- 10 Sorra, J.S; Nieva, V.F. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. 66p.
- 11 Zar, J.H. (1999) Biostatistical Analysis. 4th Edition, Prentice Hall, Upper Saddle River.
- 12 Maroco, J.; Garcia-Marques, T. (2006). **Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?** Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
- 13 Souza Ana Cláudia de, Alexandre Neusa Maria Costa, Guirardello Edinêis de Brito. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2017 Sep [citado 2019 Out 13]; 26( 3 ): 649-659.

- Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222017000300649&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300649&lng=en). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>.
- 14 Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes - ENADE. INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Ministério da Educação. Disponível em:
- 15 Carvalho Paloma Aparecida, Göttems Leila Bernarda Donato, Pires Maria Raquel Gomes Maia, Oliveira Maria Liz Cunha de **Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde**. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2015 Dec [citado 2019 Jul 20]; 23(6): 1041-1048. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692015000601041&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692015000601041&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0669.2647>.
- 16 Cofen: Conselho Federal de Enfermagem nº 0154/2016. Brasília, junho, 2016. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-01542016\\_41714.html](http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-01542016_41714.html)>. Acesso em: 22 out 2019.
- 17 Regis CG, Batista NA. The nurse in the area of population health: concepts and competencies. Rev Bras Enferm. 2015;68(5):548-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680510i> Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0830.pdf>
- 18 Marques JM. Cultura de segurança do paciente em um hospital Filantrópico. Disponível em: <http://www.unirio.br/ppgenf/dissertacoes/dissertacoes-ppgenf-unirio-ano-2017/dissertacao-juliana-mendes>
- 19 Reis CT, Paiva SG, Sousa P. A cultura de segurança do paciente: uma revisão sistemática das características do estudo hospitalar sobre as dimensões da cultura de segurança do paciente. Cuidados de saúde Int J Qual [Internet]. 2018 [cited 2018 May 24]; 30 (9): 660-77. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
- 20 Batalha, E. M. S. DA S.; Melleiro, M. M. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. HU Revista, v. 42, n. 2, 20 set. 2016. Acesso em: 01 nov 2019
- 21 Batista J, Cruz EDA, Alpendre FT, Paixão DPSS, Gaspari AP, Mauricio AB. **Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde**. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40 (esp):e20180192. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180192>.
- 22 Arrieta A, Suarez G, Hakim G. Assessment of patient safety culture in private and public hospitals in Peru. Int J Qual Health Care. 2018;30 (3):186-91. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx165>.
- 23 Frankel, A.; Haraden, C.; Federico, F.; Lenoci-edwards, J.A Framework for safe, reliable, and effective care: white paper. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare, 2017.
- 24 Siman Andréia Guerra, Cunha Simone Grazielle Silva, Brito Maria José Menezes. **A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino**. Rev. esc. enferm. USP. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielohttp://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016045503243>.
- 25 Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. **Patient safety culture in a teaching hospital: differences in perception existing in the different scenarios of this institution**. Texto Contexto Enferm. 2015;24(2):432-41. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>

26 Souza MM, Ongaro JD, Lanes TC, Andolhe R, Kolankiewicz ACB, Magnago TSBS. Patient safety culture in the Primary Health Care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019;72(1):27-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0647>

## 5 CONCLUSÃO

A utilização do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC permitiu estabelecer um panorama da segurança do paciente na visão dos profissionais do CC, onde obtiveram pontos fortes como “Aprendizado organizacional”, “Retorno da informação e comunicação sobre erro”, “Expectativas e ações da promoção de segurança dos supervisores/gerentes”. Apresentando a qualidade da segurança do paciente “Muito Boa”.

Entretanto, a cultura de segurança do hospital estadual se mostrou ainda frágil, embora apresentando três dimensões fortes. Observou-se a necessidade de melhorias ou incentivos nas áreas de “Percepção geral da segurança do paciente”, “Trabalho em equipe dentro das unidades”, “Abertura da comunicação”, “Adequação de profissionais”, “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”, “Passagens de plantão/turno e transferências internas”, “Trabalho em equipe entre as unidades”, “Frequência de eventos notificados”, “Respostas não punitivas aos erros”.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, Ingrid Moura de et al. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180198, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472019000200411&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472019000200411&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 20 out. 2019.
- 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, Josemar et al. Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.40, n. spe, e20180192, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200403&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200403&lng=en&nrm=iso). Acesso em 03 Jun. 2019. Epub Jan 10, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180192>.
- 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
- CARVALHO, Paloma Aparecida et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1041-1048, Dec. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692015000601041&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692015000601041&lng=en&nrm=iso). Acesso em 20 jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0669.2647>.
- FRANKEL, A.; HARADEN, C.; FEDERICO, F.; LENOCI-EDWARDS, J.A Framework for safe, reliable, and effective care: white paper. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement and. Safe & Reliable Healthcare, 2017. Disponível em: [https://www.medischevervolgopleidingen.nl/sites/default/files/paragraph\\_files/a\\_framework\\_for\\_safe\\_reliable\\_and\\_effective\\_care.pdf](https://www.medischevervolgopleidingen.nl/sites/default/files/paragraph_files/a_framework_for_safe_reliable_and_effective_care.pdf). Acesso em: 07 Out. 2018.
- 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: 19 nov. 2019

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

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.

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: 30 ago. 2016.

RAIMONDI, Daiane Cortêz et al. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180133, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200400&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200400&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 Out. 2019.

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: 15 nov 2019.

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 out 2019.

SILVA-BATALHA, E. M. S.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 2, p. 133- 142, jul./ago. 2016.

SILVA-BATALHA, Edenise Maria Santos da; MELLEIRO, Marta Maria. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. abr./ju 2015, p. 432-441, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt\\_0104-](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-)

0707-tce-24-02-00432.pdf. DOI: 10.1590/0104-07072015000192014. Acesso em 14 Out. 2019.

SIMAN, Andréia Guerra; CUNHA, Simone Grazielle Silva; BRITO, Maria José Menezes. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, e03243, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342017000100445&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342017000100445&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 04 dez 2019

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

SOUZA, Ana Cláudia de; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 649-659, Sept. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222017000300649&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300649&lng=en&nrm=iso). Acesso em 13 Out. 2019. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World alliance for patient safety, taxonomy**: the conceptual framework for the international classification for patient safety: final technical report. Genebra, 2009.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO****DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

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>as</sup>. Prof<sup>as</sup>. Dr<sup>as</sup>. Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes, Enf<sup>as</sup>. Prof<sup>as</sup> Ms. Flávia Danyelle Oliveira Nunes, Enf<sup>as</sup>. Ms. Rosene Mafra Azevedo, Enf<sup>as</sup>. Prof<sup>as</sup> Ms. Lidiane Andréia de Assunção Barros e Enf<sup>o</sup>. Cleber Lopes Campelo sob a coordenação da Enf<sup>as</sup>. Prof<sup>as</sup>. Dr<sup>as</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 este 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: Prof<sup>a</sup>. 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. email: 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, \_\_\_\_\_, RG/CPF: \_\_\_\_\_, 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)

## ANEXO A – QUESTIONÁRIO PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS (HSOPSC)

### **SECÃO A: Sua área/unidade de trabalho**

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

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

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

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

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

**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 trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**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	As 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	As 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 – DESCRIÇÃO DAS 12 DIMENSÕES DO QUESTIONÁRIO SOBRE  
CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

<b>Nº</b>	<b>DIMENSÃO</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>	<b>ITENS AVALIADOS</b>
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.	B1 / B2 / B3R / B4R
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.	A6 / A9 / A13
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.	A1 / A3 / A4 / A11
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.	C2 / C4 / C6R

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.	C1 / C3 / C5
6	Respostas não punitivas aos erros	Avalia como os funcionários se sentem com relação aos seus erros, se eles pensam que os erros cometidos por eles possam ser usados contra eles e mantidos em suas fichas funcionais.	A8R / A12R / A16R /
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.	A2 / A5R / A7R / A14R
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.	F1 / F8 / F9R
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.	F2R / F4 / F6R / F10

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.	F3R / F5R / F7R / F11R
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.	A10R / A15 / A17R / A18 e Seção E
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.	D1 / D2 / D3 e Seção G

## ANEXO C – PARECER DO 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; torna-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 2019, 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)3272-8708      **Fax:** (98)3272-8708      **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 esta 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, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**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_HUMI.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	folhaderosto.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)

**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)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

## ANEXO D – PARECER DO COLEGIADO DO CURSO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

### PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. **TÍTULO:** CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO: percepção da equipe de Enfermagem.
2. **ALUNO:** Isabelle Diniz Fonseca Sousa.
3. **ORIENTADORA:** Profa. Dr. Aurea D'Eça Júnior.
4. **INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA:** A introdução apresenta-se fundamentada, contextualizada, e problematiza a temática do estudo.
5. **OBJETIVOS:** Explicitam-se os objetivos para a realização do estudo de forma apropriada.
6. **PROCESSO METODOLÓGICO:** Apresenta descrição clara da metodologia proposta, respeitando-se os requisitos exigidos na investigação científica.
7. **CRONOGRAMA:** Adequado.
8. **TERMO DE CONSENTIMENTO:** Adequado.
9. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA:** Adequada.
10. **CONCLUSÃO DO PARECER:** O estudo contribui para o conhecimento e/ou prática na área abordada, sendo de parecer favorável a sua execução.

São Luís, 22 de maio de 2019.

*Isabela Diniz Fonseca Sousa*  
Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia \_\_\_\_\_
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em 24/05/19.
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia \_\_\_\_\_

*Andréa Cristina Oliveira Silva*  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andréa Cristina Oliveira Silva  
Coordenadora do Curso de Enfermagem