

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE  
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

**Lidiane Castro Figueiredo**

**FATORES ASSOCIADOS AO CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM  
HOSPITAL DE LONGA PERMANÊNCIA**

Goiânia

2021

**Lidiane Castro Figueiredo**

**FATORES ASSOCIADOS AO CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM  
HOSPITAL DE LONGA PERMANÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Área de concentração: Saúde em Enfermagem

Linha de pesquisa: Promoção da Saúde

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup> Sergiane Bisinoto Alves

Goiânia  
2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação  
Sistema de Biblioteca da PUC Goiás

F475f Figueiredo, Lidiane Castro  
Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de longa permanência / Lidiane Castro Figueiredo.-- 2021.  
110 f.: il.

Texto em português com resumo em inglês.

Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Goiânia, 2021.

Inclui referências: f. 84-96.

1. Instituições de saúde. 2. Acidentes - Prevenção.
3. Gestão da segurança. 4. Cultura organizacional.
5. Indicadores de saúde. 6. Controle de qualidade.

I.Alves, Sergiane Bisinoto. II.Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde - 30/04/2021. III. Título.

CDU: 614:005(043)

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

Lidiane Castro Figueiredo

### **FATORES ASSOCIADOS AO CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE LONGA PERMANÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Aprovada em 30 de Abril de 2021.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sergiane Bisinoto Alves  
Presidente da banca - PUC Goiás

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Elisa Bauer de Camargo Silva  
Membro Efetivo, Externo ao Programa FEN/UFG

---

Profa. Dra. Adrielle Cristina Silva Souza  
Membro efetivo - PUC Goiás

---

Profa. Dra. Ana Carolina Figueiredo Modesto  
Membro suplente - Convidado Externo

---

Profa. Dra. Adenícia Custódia Silva e Sousa  
Membro suplente - PUC Goiás

Dedico este estudo aos meus pais, que sempre estiveram presentes na minha vida, com incentivos e palavras positivas. Dedico ao meu esposo, companheiro que sempre compreendeu meus sonhos, me motivando a segui-los sempre. Por fim, dedico à Vila São Cottolengo, a instituição que me ofereceu a oportunidade de crescimento profissional.

## AGRADECIMENTOS

“Estejam vigilantes, mantenham-se firmes na fé, sejam homens de coragem, sejam fortes”.

1 Coríntios 16:13

Agradeço a Deus que permitiu a conquista deste sonho, que me conduziu, trilhou meus passos, me dando o maior presente para este momento, que foi a saúde do corpo e da alma para iniciar e concluir esta caminhada com sucesso.

Agradeço aos meus pais, Terezinha e Aguiar (*in memoriam*) que sempre acreditaram, incentivaram, lutaram e vibraram com todas as minhas conquistas, a eles minha eterna gratidão.

Agradeço ao meu esposo Raul, companheiro e amigo que sempre me incentivou nas escolhas e decisões, sempre demonstrando ter orgulho de mim.

Agradeço ao meu irmão, minha sobrinha e demais familiares e amigos que torceram por mim, gratidão a todos.

Agradeço à minha orientadora Dr<sup>a</sup> Sergiane, que esteve presente comigo nesta caminhada, uma pessoa sensível, de coração e alma boa. Sou muito grata pelas suas palavras de incentivo, de força e apoio no momento em que mais precisei. Obrigada por ter acreditado em mim, por ter compartilhado seus conhecimentos.

Agradeço aos auxiliares de pesquisa, Michele e Raul, pela contribuição nas coletas de dados do estudo.

Agradeço ao estatístico Macks Wendhell, que realizou as análises estatísticas, tornando este estudo com maior peso e valor.

Agradeço às professoras Adenicia e Maysa, pelas palavras de apoio e carinho que me sustentaram e me deram forças para seguir em frente no momento mais triste da minha vida.

Agradeço às professoras que participaram dos momentos de qualificação e defesa, contribuindo para o resultado final deste trabalho, em especial Dr<sup>a</sup> Ana Elisa, Dr<sup>a</sup> Adenicia, Dr<sup>a</sup> Maria Aparecida, Dr<sup>a</sup> Adrielle e Dr<sup>a</sup> Ana Carolina que compartilharam seus conhecimentos, contribuindo e dando sugestões para o enriquecimento deste trabalho.

Agradeço aos meus colegas do mestrado, a melhor turma, pelas trocas de experiências, alegrias, pela intensidade que vivenciamos juntos e pelo apoio mútuo que trocamos nesses dois anos de curso.

Agradeço à minha amiga Lorena, a amiga que o mestrado me deu, que me escutou, uma dando força para a outra nos momentos que os percalços da vida chegaram.

Agradeço à Vila São José Bento Cottolengo, instituição que trabalho há 13 anos, que favoreceu meu crescimento profissional e por ter permitido que o estudo acontecesse.

Agradeço a todos os colaboradores da Vila São José Bento Cottolengo que participaram da pesquisa, vocês foram essenciais para a concretização do meu sonho.

A todos minha eterna gratidão.

## RESUMO

FIGUEIREDO, L.C. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de longa permanência. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil, 2021.

**Introdução:** Avaliar o clima de segurança favorece um diagnóstico do trabalho por meio das análises das percepções e das atitudes dos profissionais de saúde relacionadas à segurança. Permite a identificação de pontos problemáticos e subsidia a implementação de intervenções com foco na promoção da cultura de segurança, melhoria contínua e qualidade nos serviços de saúde. Essa mensuração tem ocorrido em serviços de saúde, contudo ainda não foi identificada em hospitais de longa permanência nacionalmente. Nestes, o diagnóstico do clima de segurança é especialmente importante por visar um cuidado seguro para pacientes com vulnerabilidades e fragilidades. **Objetivo:** Analisar os fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de longa permanência segundo a perspectiva da equipe multidisciplinar. **Método:** Estudo transversal analítico, realizado em um hospital de longa permanência, com a participação de 280 profissionais da equipe multidisciplinar em saúde. Os dados foram coletados entre fevereiro a abril de 2020, utilizando o instrumento *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), traduzido e validado para a língua portuguesa/Brasil e o questionário profissiográfico elaborado pela autora. Os achados foram analisados, com nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ) e a confiabilidade do questionário com valor 0,78 de  $\alpha$  de Cronbach. Projeto aprovado pelo comitê de ética sob o nº 3.774.716. **Resultados:** Os participantes na sua maioria eram do departamento de Enfermagem 198 (70,7%) e possuíam vínculo de trabalho celetista 272 (97,1%). Desses, 200 (71,4%) atuavam somente na instituição do estudo, com carga horária de 42 horas semanais representado por 214 (76,4%) e 262 (93,6%) não apresentam intenção de deixar a instituição; 144 (51,4%) dos participantes afirmaram que tiveram durante seu curso de formação profissional a disciplina segurança do paciente e 198 (70,7%) fizeram e curso sobre segurança do paciente na própria instituição, com carga horária variando de uma a 10 horas 104 (54,5%). A média geral do SAQ foi de 69,8 pontos, representando uma percepção negativa do clima de segurança. O domínio satisfação no trabalho foi de 95 pontos, indicando percepção positiva. Na análise exploratória, o clima de trabalho em equipe e o clima de segurança apresentaram uma diferença significativa com o sexo, assim como a escolaridade em nível de especialização com a percepção da gerência da unidade. Os fatores associados à percepção positiva do clima de segurança foram: a escolaridade, o departamento, cargo de coordenador/gerente, carga horária de trabalho, formação em segurança do paciente e duração de cursos oferecidos pelo hospital. **Conclusão:** A pesquisa evidenciou que o clima de segurança apresenta fragilidades, em especial nas percepções do estresse, nas questões gerenciais e condições de trabalho, embora os profissionais estejam satisfeitos com o local de trabalho. A mensuração do clima de segurança em hospital de longa permanência impactará em ações de melhorias para uma assistência segura, trazendo relevância social para o apontamento de qualificação na assistência aos pacientes com vulnerabilidades sociais, econômicas e condições de saúde.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Gestão em Saúde. Cultura Organizacional. Qualidade da Assistência à Saúde. Casas de Saúde.

## ABSTRACT

FIGUEIREDO, L.C. Factors associated with patient safety climate in a long-term hospital. Dissertation (Masters in Health Care) – School of Social and Health Sciences, Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia, Goiás, Brazil, 2021.

**Introduction:** Evaluating the safety climate favors a work diagnosis by analyzing the perceptions and attitudes of health professionals related to safety. It allows the identification of problematic points and subsidizes the implementation of interventions focused on promoting a culture of safety, continuous improvement and quality in health services. This measurement has taken place in health services, nevertheless it has not yet been identified in national long-term hospitals, which the diagnosis of the safety climate is very important because it aims to provide safe care for patients with vulnerabilities and weaknesses. **Objective:** To analyze the factors associated with the patient safety climate in a long-term hospital from the perspective of the multidisciplinary team. **Methods:** Analytical cross-sectional study executed in a long-term hospital, with the participation of 280 professionals from the multidisciplinary health team. Data were collected between February and April 2020, using the instrument Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), translated and validated for the Portuguese/Brazil language and the professional questionnaire developed by the author. Results were analyzed, with a significance level of 5% ( $p < 0.05$ ) and the reliability of the questionnaire with a value of 0.78 of Cronbach's  $\alpha$ . Project approved by the ethics committee under No. 3,774,716. **Results:** Most of the participants were from the Nursing department 198 (70.7%) and 272 (97.1%) had a CLT employment contract. Of these, 200 (71.4%) worked only at the evaluated institution, with a workload of 42 hours per week represented by 214 (76.4%) and 262 (93.6%) had no intention of leaving the institution. Regarding the course in the area of patient safety, 144 (51.4%) of the participants said they had taken the patient safety discipline during their professional training course and 198 (70.7%) participants took the course on patient safety in the institution itself, with workload ranging from one to 10 hours 104 (54.5%). The overall SAQ average was 69.8 points, representing a negative perception of the security climate. In the exploratory analysis, the teamwork climate and the safety climate showed a significant difference with gender, as also the level of specialization education with the perception of the unit's management. Factors associated with a positive perception of the safety climate were: education, department, position of coordinator/manager, workload, training in patient safety and duration of courses offered by the hospital. **Conclusion:** This research presented that the safety climate has weaknesses, especially in the perceptions of stress, management issues and working conditions, although professionals are satisfied with the workplace. The measurement of the safety climate in long-term hospitals will impact in actions to improve safe care, bringing social relevance to the appointment of qualification in care for patients with social and economic vulnerabilities and health conditions.

Keywords: Patient Safety. Health Management. Organizational Culture. Quality of Health Care. Health Homes

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Quadros

Quadro 1 -	Características da cultura organizacional.....	32
Quadro 2 -	Aspectos importantes entre a cultura de segurança presente nas organizações de alta confiabilidade e a cultura dominante nas organizações de saúde.....	35
Quadro 3 -	Domínios do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ).....	48
Quadro 4 -	Categorias profissionais de acordo com os departamentos da Instituição (n. 280), Goiás, Brasil, 2020.....	54
Quadro 5 -	Variáveis independentes ou de exposição. Goiás, Brasil, 2020.	57

### Figuras

Figura 1-	Níveis de maturidade da cultura de segurança.....	37
Figura 2 -	Seleção dos participantes do estudo, Goiás, Brasil, 2020.....	53
Figura 3 -	Gráfico Boxplot demonstrando a tendência central, simetria e dispersão do questionário SAQ (n = 280), Goiás, Brasil, 2020...	67

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização das categorias profissionais que participaram do estudo da Instituição (n. 280), Goiás, Brasil, 2020.....	61
Tabela 2	Caracterização da percepção e fatores associados ao clima de segurança do paciente conforme o resultado do questionário SAQ (n = 280), Goiás, Brasil, 2020.....	62
Tabela 3	Caracterização da percepção e fatores associados ao clima de segurança do paciente conforme o resultado do questionário SAQ (n = 280), Goiás, Brasil, 2020.....	63
Tabela 4	Caracterização da percepção e fatores associados ao clima de segurança do paciente conforme o resultado do questionário SAQ (n = 280), Goiás, Brasil, 2020.....	65
Tabela 5	Análise descritiva dos escores geral e por domínios do SAQ (n = 280), Goiás, Brasil, 2020.....	66
Tabela 6	Resultado da comparação do perfil demográfico com os domínios do questionário SAQ (n = 280), Goiás, Brasil, 2020....	68
Tabela 7	Resultado da comparação da formação e atuação profissional com os domínios do questionário SAQ (n = 280), Goiás, Brasil, 2020.....	70

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ACS	<i>American College of Surgeons</i> (Colégio Americano de Cirurgiões)
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CME	Central de Material de Esterilização
EA	Evento Adverso
EPS	Educação Permanente em Saúde
EUA	Estados Unidos da América
HMPS	<i>The Havard Medical Practice Study</i> (Estudo de Prática Médica de Havard)
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> (Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente)
IAEA	<i>International Atomic Energy Agency</i> (Agência Internacional de Energia Atômica)
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i> (Classificação Internacional de Segurança do Paciente)
IHI	<i>Institute of Healthcare Improvement</i> (Instituto em Melhoria da Saúde)
INSAG	<i>Intenational Nuclear Safety Advisory Group</i> (Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear)
IOM	<i>United States Institute of Medicine</i> (Instituto de Medicina dos Estados Unidos)
JCI	<i>Joint Commission International</i> (Comissão Conjunta Internacional)
MIFS	<i>The Medical Insurance Feasibility Study</i> (Estudo de Viabilidade de Seguro Médico)
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OAC	Organizações de Alta Confiabilidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RIENSP	Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente
SAQ	<i>Safety Atitudes Questionnaire</i> (Questionário de Atitudes Seguras)
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SESMT	Serviço Especializado de Engenharia e Medicina do Trabalho
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>20</b>
2.1 Objetivo Geral.....	20
2.2 Objetivo Específico.....	20
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>21</b>
3.1 Segurança do Paciente.....	22
3.2 Cultura Organizacional.....	31
3.3 Cultura de Segurança.....	33
3.4 Clima de Segurança.....	44
3.5 Questionário de Atitudes de Segurança – SAQ.....	46
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>51</b>
4.1 Tipo, período e local de estudo.....	51
4.2 População de estudo.....	53
4.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	54
4.4 Instrumentos de coleta de dados.....	55
4.5 Procedimento para coleta de dados.....	56
4.6 Variáveis do estudo.....	57
4.7 Análise dos dados.....	59
4.8 Aspectos éticos.....	60
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>61</b>
5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa.....	61
5.2 Análise do SAQ.....	66
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>71</b>
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>84</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>97</b>
<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PROFISSIONAL</b> .....	<b>97</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</b> .....	<b>98</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>101</b>
<b>ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA</b> .....	<b>101</b>
<b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	<b>102</b>
<b>ANEXO C – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO SAQ</b> .....	<b>108</b>

## APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira há 13 anos, com o mesmo tempo de atuação na Vila São José Bento Cottolengo, com uma trajetória profissional nesta instituição. Iniciei em 2008 meu trabalho como supervisora de enfermagem das unidades de assistência aos pacientes de longa permanência. Dois anos depois concluí minha primeira Especialização em Gestão de Controle de Infecção Hospitalar. Foram cinco anos atuando na supervisão de Enfermagem, anos esses que contribuíram para meu crescimento, dando-me a certeza de onde realmente eu queria estar nos próximos anos.

A oportunidade de atuar como enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar surgiu em julho de 2013, também neste ano foi promulgada a portaria do Ministério da Saúde nº 589/2013 e RDC ANVISA nº36/2013, que instituem a Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente. Assim sendo, eu somei ainda a responsabilidade por essa comissão.

Durante esses últimos sete anos vivenciei experiências únicas, contribuindo para o desenvolvimento e atuação dessas comissões, de Controle de Infecção Hospitalar e Segurança do Paciente que ganharam destaque, representatividade e respeito regional. Foram sete anos com muito estudo, aprimoramento por cursos, dentre eles uma segunda especialização em MBA de Gestão da Qualidade em Saúde e Acreditação Hospitalar, que contribuiu para a afirmação profissional e um novo olhar para a assistência.

Como enfermeira de Controle de Infecção e Segurança do Paciente pude executar uma das maiores oportunidades de lideranças nesse período de trabalho. Compartilhei e conduzi todo o hospital durante o surto de H1N1 vivenciado no ano de 2018. Este pode-se dizer que foi o maior marco da minha carreira profissional, um momento de muitas perdas de pacientes, de incertezas, inseguranças, medo, mas, ao mesmo tempo, uma grande oportunidade de compreender o quanto tínhamos competência para seguir em frente e vencer toda dificuldade. Foram meses difíceis, cruéis, de preconceito e muita dor, mas vencemos com muito compromisso e com grande aprendizado.

Um ano depois, restaurada e com a certeza da minha competência e capacidade profissional ingressei no curso de mestrado, até então um sonho distante e que, por diversas vezes, imaginei que não conseguiria. Como sempre gostei de

desafios, em 2019 o início do mestrado me deu um gatilho a mais, uma força e a certeza que poderia ainda seguir mais à frente.

Com o mestrado em andamento, tinha a convicção que meus estudos seriam voltados para o controle de infecção ou segurança do paciente, já que eram minhas áreas de atuação. Com mais cinco colegas de trabalho, também enfermeiros, passamos por um processo seletivo nacional de uma especialização. Lá estava eu, estudando para o mestrado e ingressando na minha terceira especialização, desta vez em Qualidade e Segurança do Paciente. Um estudo enriquecedor e afirmativo para minha linha de estudo. Foi a partir daí que decidi que segurança do paciente e qualidade da assistência seriam meus novos caminhos.

A segurança do paciente é responsabilidade de todos, mas precisava entender um pouco mais, compreender a nossa realidade para propor ações de melhorias. O mestrado trouxe essa oportunidade para que pudesse me aprofundar em estudos que envolvessem todos os processos da instituição. Para isso precisaria avaliar o clima de segurança dos pacientes.

Este foi o ponto de partida do estudo, compreender a cultura e o clima de segurança por meio de uma análise criteriosa, para conhecer as percepções dos colaboradores e gerentes sobre os conceitos de cultura e clima de segurança que determinarão ações de melhoria, com compromisso para que a qualidade da assistência ocorra a esses pacientes. Aplicar somente um questionário que avalie o clima de segurança não é o suficiente, tenho consciência que será um ponto, um sinal de alerta e indicativo de melhorias, o início de um grande trabalho.

A Covid-19 em 2020 nos trouxe mais aprendizados, porém experiências de dois anos atrás nos mantiveram mais preparados e na certeza do caminho certo, por mais incertezas que estejamos vivenciando. Depois de sete anos à frente destas comissões, em outubro de 2020 assumi o cargo de Gerente do Centro de Especialidades Médicas e meses depois outra promoção surgiu, assumindo a Superintendência Assistencial da instituição, ampliando os conhecimentos gerenciais e assistenciais.

Esses 13 anos de trabalho na Vila São Cottolengo é uma experiência única, que vem permitindo ampliar horizontes, conhecimento e uma busca incessante por melhorias. Afinal, esses pacientes merecem o melhor, com colaboradores capacitados, habilitados, envolvidos, engajados, satisfeitos com o trabalho, com a

empresa, com os colegas da equipe para que juntos possamos garantir a qualidade assistencial, com eficiência e com melhor atendimento aos pacientes.

## 1 INTRODUÇÃO

As discussões que envolvem a qualidade do cuidado são consideradas atributos da eficiência e efetividade de um estabelecimento de saúde. Contudo, ao longo do tempo, outras preocupações foram agregadas para a assistência no ambiente hospitalar, como a centralidade do cuidado, o respeito aos direitos do paciente e a segurança do paciente, que se tornou assunto de grande relevância para a assistência nos serviços de saúde (MARTINS, 2019).

A segurança do paciente é vista como “a redução a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (WHO, 2009a). Este tema vem paulatinamente ganhando destaque e espaço nas instâncias deliberativas, pesquisas, academias e serviços de saúde, uníssonos na busca da melhoria contínua da segurança e qualidade no cuidado prestado ao paciente nos diversos níveis de atenção de saúde (SILVA; MORONE, 2017).

A segurança do paciente é interpretada como a conduta de redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde a um mínimo aceitável, com o escopo de mitigar a incidência de eventos adversos (EA) e impulsionar a probabilidade de interceptá-los na ocasião da ocorrência (ZANETTI *et al.*, 2020).

Conforme a Classificação Internacional para Segurança do Paciente, que objetivou organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente, o EA constitui lesão ou dano não intencional que resulta em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência hospitalar ou morte em decorrência do cuidado em saúde prestado, não havendo vínculo com o processo de doença subjacente do paciente (WHO, 2009a).

A identificação e análise dos EA são, portanto, capazes de favorecer um entendimento mais denso e adequado da susceptibilidade a falhas dos sistemas de assistência à saúde. Uma vez que seja possível avaliar e mensurar os EA, torna-se viável e exequível o desenvolvimento de estratégias que visem ao aperfeiçoamento da qualidade dos cuidados em saúde (ZHANG *et al.*, 2017).

Assim, a estratégia para implementar ações efetivas para o cuidado em saúde, reduzindo EA e mitigando falhas no sistema de saúde, é a implementação da promoção da cultura de segurança. Na prática assistencial, a cultura de segurança resulta de um complexo sistema que necessita de políticas, programas e apoio dos gestores aos profissionais que estão diretamente envolvidos com os pacientes, para

que tenham condições de desenvolver uma assistência segura em todas as etapas do processo. Instituições que possuem a cultura de segurança bem estabelecida, reduzem os riscos relacionados ao processo terapêutico (FERMO *et al.*, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define cultura da segurança como conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e segurança. A substituição da culpa e da punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (WHO, 2009b).

Para Marinho *et al.* (2018) a adoção da cultura de segurança pode implicar melhorias para a segurança do paciente, pois quando ela está fortalecida proporciona o entendimento da falha como algo que acontece por múltiplas causas, as quais devem ser identificadas para direcionar medidas preventivas a fim de evitar que ocorra novamente, sem intenção de culpar, expor ou envergonhar os profissionais envolvidos no incidente.

A cultura de segurança pode ser mensurada a partir do clima de segurança que, por sua vez, é avaliado por meio da percepção dos profissionais, uma vez que atitudes e valores são mais difíceis de serem avaliados (SEXTON *et al.*, 2006). Logo, a percepção dos profissionais sobre as questões de segurança do seu local de trabalho podem ser reveladas, assim a avaliação da cultura resulta em um clima que será percebido pelos profissionais no ambiente de trabalho (COLLA *et al.*, 2005).

A mensuração do clima de segurança é a primeira iniciativa para realizar um planejamento de ações que visam um cuidado seguro. Para Toso *et al.* (2016), mensurar o clima de segurança favorece um diagnóstico do trabalho, por meio das análises das percepções e das atitudes dos profissionais da saúde relacionadas à segurança, o que permite a identificação de pontos problemáticos e subsidia a implementação de intervenções.

O clima de segurança nas organizações de saúde pode ser avaliado pela mensuração e aplicação de escalas, que são utilizadas desde o início dos anos 80 do século XX. Constituem ferramentas importantes para avaliar a qualidade da atenção à saúde dispensada aos pacientes e podem ser aplicadas antes e depois de intervenções como, por exemplo, treinamento de equipe e a implementação de atividades que podem minimizar o estresse dos profissionais (CARVALHO, 2011).

No Brasil, os instrumentos validados para mensurar o clima de segurança são o *Safety Attitudes Questionnaire* / Questionário de Atitudes Seguras (SAQ)

(CARVALHO; CASSIANI, 2012) e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture / Pesquisa Hospitalar Sobre a Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC)* (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012). Estes instrumentos têm confiabilidade e validade preditiva semelhantes. Dessa forma, os investigadores e os líderes de qualidade e segurança devem considerar a duração da pesquisa, o conteúdo, a sensibilidade à mudança e a capacidade de fazer *benchmarking* (avaliação comparativa) ao selecionar um instrumento de cultura de segurança do paciente (ETCHEGARAY; THOMAS, 2012).

Segundo Nguyen *et al.* (2015) o SAQ é um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação da cultura de segurança em diversos países. No Brasil, a utilização e aplicabilidade do SAQ em sua versão adaptada e validada foi considerada adequada, trata-se de um instrumento prático e de rápido preenchimento, demandando aproximadamente 10 minutos, e ainda seus resultados podem ser associados aos indicadores de segurança do paciente (COLLA *et al.*, 2005).

Considerando a complexidade do cuidado em saúde e os vários atores envolvidos, é imprescindível a participação de toda a equipe multidisciplinar para a avaliação do clima de segurança institucional. A maioria dos estudos apontam a percepção da equipe de Enfermagem, por serem os profissionais em maior número nas instituições, que prestam cuidado direto e contínuo aos pacientes (RIGOBELLO *et al.*, 2012; BARBOSA, MARIA HELENA *et al.*, 2016; TOSO *et al.*, 2016; GASPARINO *et al.*, 2017; KOLANKIEWICZ *et al.*, 2017; GOLLE *et al.*, 2018; MARINHO *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2018). É fundamental que outras pesquisas sejam desenvolvidas e envolvam não somente a equipe de Enfermagem, mas a equipe multidisciplinar que também está ligada a assistência ao paciente, que é integral e de responsabilidade de todos.

A assistência à saúde de forma integral é realizada por meio de trabalho em equipe e coletivo, que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (PEDUZZI, 2001).

A avaliação do clima de segurança do paciente pode ser realizada em toda a instituição ou em setores específicos. Estudos evidenciam a avaliação do clima de segurança em hospitais de ensino (MAGALHÃES *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2019; DORIGAN; MINGATO; GUIRARDELLO, 2020), em hospitais públicos e privados

(GASPARINO *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2019) e em hospital de saúde mental (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Outros analisaram o clima de segurança em determinadas áreas hospitalares, como unidade de terapia intensiva (SANTIAGO; Turrini, 2015; KNIHS *et al.*, 2020) e em centro cirúrgico (LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2018).

Não foram identificados estudos brasileiros e internacionais que avaliaram o clima de segurança do paciente em instituição de longa permanência com assistência à pessoa com deficiência. A necessidade de ampliar, qualificar e diversificar as estratégias para a atenção às pessoas com deficiência, com uma rede de serviços integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção, com ações de reabilitação e de prevenção precoce de incapacidades, foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº 793 de 24 de abril de 2012, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

Um dos pontos dessa rede são as instituições de longa permanência que possuem suas particularidades, normas, rotinas institucionais, que determinam as práticas assistenciais, os costumes e as condutas dos pacientes. São locais onde os pacientes são mais vulneráveis a eventos adversos devido às suas condições específicas como a mobilidade física prejudicada, ausência de fala, deficiências neurológicas, baixa cognição, doenças múltiplas e complexas, dentre outras (BOR *et al.*, 2017).

Também há um risco aumentado de lesões por queda devido a vários medicamentos e interações medicamentosas em potencial. O uso de oito ou mais medicamentos é frequente em lares de idosos noruegueses, levando ao aumento do risco de interações medicamentosas, que por sua vez podem levar a quedas, declínio cognitivo, problemas relacionados a medicação e até mesmo aumento da mortalidade (SØRAAS *et al.*, 2014; GULLA *et al.*, 2016).

Para cultura de segurança do paciente os profissionais precisam estar atentos aos eventos adversos decorrentes da interação medicamentosa e ter conhecimento básico dos responsáveis por prescrever e administrar os medicamentos. Para a coadministração de medicamentos, faz-se necessária uma gestão de risco adequada, afim de evitar reações adversas e ineficácias terapêuticas (SOUZA, 2019).

Tais características tem impacto na segurança do paciente, pois necessitam de intervenções diferenciadas devido à maior propensão a riscos com menos condições de serem barreiras do seu próprio cuidado. Esses pacientes residem nas instituições até a finitude da vida, poucas são as histórias de alta hospitalar.

É importante que os estudos avaliem o clima de segurança do paciente em instituições de longa permanência que assistem pessoas com deficiência, considerando que são pacientes que necessitam de olhares atentos, devido aos seus riscos e vulnerabilidades. Com essas análises é possível avaliar a percepção dos profissionais frente a questões cotidianas, identificar os riscos assistenciais, identificar os fatores relacionadas à gestão e, dessa forma, subsidiar possíveis intervenções com planos de melhoria na assistência aos pacientes.

Avaliar a cultura de segurança do paciente é importante para a extração de informações relacionadas às instituições de saúde, realizando um diagnóstico situacional e, com isso, disponibilizar meios para estabelecer ações de melhoria e fortalecimento (SANCHIS *et al.*, 2020).

Auxiliando as intervenções futuras, implicando o reconhecimento do local de trabalho, contribuindo para o reconhecimento dos níveis de maturidade da cultura de segurança institucional, proporcionando uma melhora na gestão de qualidade assistencial, favorecendo o trabalho em equipe e possibilitando o desenvolvimento de estratégias para a segurança psicológica dos profissionais da assistência.

A promoção da segurança do paciente implicará em melhores estratégias para o cuidado e qualidade, com garantias de incorporações de boas práticas na assistência direta e/ou indireta, identificando as barreiras e as oportunidades para promover a segurança do paciente. Promover a segurança do paciente possibilitará que os profissionais da área da saúde compreendam todo o processo, prevenindo a ocorrência de novos eventos adversos e favorecendo a implementação da cultura de segurança nos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Assim, este estudo proporcionará a identificação do diagnóstico do clima de segurança do paciente em um hospital de longa permanência, com a mensuração, avaliação das dimensões e dos fatores associados ao clima de segurança do paciente conforme o perfil do profissional. Favorecerá à gestão subsídios para investir em estratégias para promover um clima de segurança positivo, o que possibilitará a diminuição da ocorrência de eventos adversos.

Contribuirá para a promoção da segurança do cuidado neste ponto da Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde e para o direcionamento de estratégias de melhoria contínua na qualidade da assistência aos pacientes com essa modalidade de internação.

Considerando a escassez de estudos que avaliam os fatores associados ao clima de segurança pela equipe multidisciplinar, a não evidência destes nacionais em hospitais de longa permanência que atendem pessoas com deficiência, com características peculiares, este estudo busca responder à questão de pesquisa: quais os fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de longa permanência?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Analisar os fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de longa permanência segundo a perspectiva da equipe multidisciplinar.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Mensurar o clima de segurança do paciente;
- Verificar a associação entre o perfil profissiográfico da equipe multidisciplinar e o clima de segurança do paciente no hospital.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Segurança do Paciente

A preocupação com a segurança do paciente vem ao longo dos anos trazendo discussões acerca do cuidado que é oferecido ao indivíduo, sendo que este é para o seu bem-estar, porém é um cuidado que não está isento de danos e riscos. A busca pela melhoria do cuidado está presente nas organizações. Ofertar um sistema de qualidade e acima de tudo seguro, livrando o indivíduo de qualquer dano, é o essencial. Não obstante, nem todas as organizações de saúde possuem mecanismos suficientes para prevenir danos desnecessários à saúde (PAVAN *et al.*, 2019).

Desde a antiguidade vários foram os personagens que contribuíram para melhorar a qualidade na assistência, Hipócrates (460 a 370 a.C.), Florence Nightingale (1820-1910), Ignaz Semmelweis (1818-1865), Codman (1969-1940), Donabedian (1919-2000) são alguns deles. A comunidade médica e a sociedade em geral assumiam que os incidentes se deviam ao comportamento de alguns raros profissionais e tinham pouco peso no resultado do tratamento do paciente. O pensamento dominante, à época, era que o profissional cumprisse seu papel sem errar; cada incidente era gerido individualmente por ele, que não o partilhava com o paciente nem com seus pares. Essa atitude se devia muito à formação profissional, mas estava também enraizada na cultura da sociedade e na forma como o homem conviveu com a doença desde sempre (TRINDADE; LAGE, 2019).

As percepções relacionadas à segurança do paciente ganharam nomes que revolucionaram o processo de cuidar, a exemplo de Hipócrates (460 a 370 a.C.), o pai da Medicina, tinha noção desde essa época que o cuidado poderia causar algum tipo de dano (ENTRALGO, 1978).

No século XIX, a enfermeira inglesa Florence Nightingale incentivou a mudança de cuidados para uma melhoria na prestação da assistência. Durante a Guerra da Criméia, Florence, com medidas simples de higiene, contribuiu para a redução das infecções. As medidas por ela implementadas contribuíram para a redução da taxa de mortalidade dos soldados de 42,7% para 2,2%. Apesar de demonstrar estatisticamente os dados que deram suporte às suas conclusões e ter conseguido

modificações nos hospitais ingleses, suas recomendações não foram bem acolhidas pela maioria da classe médica (NIGHTINGALE, 1989; NEUHAUSER, 2003).

Outra representação histórica de grande importância para o cuidado seguro ao paciente foi Ignaz Semmelweis, médico, húngaro, responsável por uma maternidade de um hospital universitário. Chamou atenção para a importância da higiene das mãos na prevenção da mortalidade materna (SILVA; MATTOS, 2015). Verificou que a taxa de morte por infecção após o parto era superior nas enfermarias em que as mulheres eram cuidadas pelos estudantes de Medicina em relação àquelas nas quais os partos eram feitos por enfermeiras parteiras (SEMMELWEIS, 1983).

Ao estudar essa diferença, identificou como causa o fato de os estudantes passarem de procedimentos de autópsia para a observação das parturientes, sem procederem a lavagem das mãos. Ao introduzir a obrigação de lavagem das mãos, verificou que a taxa de mortalidade reduziu para valores idênticos aos das enfermarias das parteiras. No entanto, em 1881 essas conclusões que levaram a publicação dos resultados que gerou o livro não foram aceitas pelos responsáveis dos hospitais e pela comunidade (HEMPEL, 1981).

Codman (1869-1940), cirurgião em Boston, foi outro estudioso que discutiu sobre a qualidade de saúde prestada ao paciente. Observava que o trabalho que os médicos exerciam eram limitados, faltando-lhes a avaliação do resultado das suas cirurgias. Descontente com isso, ele fundou seu próprio hospital no qual passou a acompanhar de forma sistemática os pacientes que operava. Assim, durante cinco anos, registrou erros na assistência, classificando-os em: falta de conhecimento ou habilidade técnica, julgamento cirúrgico, falta de cuidados ou equipamentos e falta de competência para diagnosticar. Em 1917, o Colégio Americano de Cirurgiões (ACS) publicou padrões mínimos baseados nas categorias de Codman, que logo viraram padrões para acreditação hospitalar (NEUHAUSER, 2002).

A partir da década de 70, um estudo pioneiro que abordou método de revisão retrospectiva de processos clínicos/prontuários para avaliar a incidência de eventos adversos em hospitais foi realizado na Califórnia, em 1974. *The Medical Insurance Feasibility Study (MIFS)* trouxe como resultados os benefícios secundários do estudo que incluem novos insights sobre os tipos e fontes de deficiências causadas pela gestão de cuidados de saúde e o desenvolvimento de novos métodos para realizar o monitoramento de resultados adversos genéricos (MILLS, 1978).

O estudo de Harvard *The Harvard Medical Practice Study (HMPS)*, realizado em 1984 em hospitais do Estado de Nova Iorque, teve como objetivo obter melhores informações sobre a incidência de eventos adversos e negligência entre os pacientes hospitalizados. Contou com uma amostra aleatória de mais de 30 mil processos clínicos/prontuários de pacientes internados em 51 hospitais no ano de 1984. Seus resultados mostraram que cerca de 3,7% dos pacientes sofreram algum tipo de incidente e a maioria destes poderia ter sido prevenida, aproximadamente 2,6% tiveram problemas que implicaram incapacidade total e permanente ou morte (LEAPE *et al.*, 1991).

A década de 90, precisamente no ano de 1995, foi considerado um marco para a segurança do paciente em decorrência da divulgação no New York Times de vários casos de erros no cuidado de saúde. O conhecimento e revelação destes erros incentivaram o desenvolvimento de estudos, a realização de conferência sobre o assunto, a criação de organizações voltadas para tratar do tema da segurança e a instituição de estratégias para reduzir erros. O *Institute of Healthcare Improvement (IHI)* tem sido a mais poderosa força à frente de mudanças para a segurança do paciente, cujo começo é anterior à publicação do *Errar é Humano*. Sua principal atuação é ajudar hospitais a redesenharem seus sistemas para torná-los mais seguros, por meio da colaboração de diversas áreas, tais como medicação ou cuidado intensivo (LEAPE, 2008).

Weingart *et al.* (2000), em um estudo de base populacional sobre a qualidade dos cuidados de saúde australianos, modelado no estudo de Harvard, apresentou uma revisão de mais de 14 mil processos de pacientes admitidos em 28 hospitais no ano de 1995. Revelou que 16,6% dos pacientes sofreram algum tipo de incidente, incapacidade permanente em 13,7% e morte em 4,9%. Também, nesse caso, 51,0% dos incidentes foram classificados como evitáveis.

O relatório *To Err is Human*, elaborado pelo *Institute of Medicine/ Instituto de Medicina (IOM)* em 1999, estimou a ocorrência de 44 mil a 98 mil mortes anuais nos Estados Unidos da América, causadas por eventos adversos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, e dessas, metade seriam evitáveis. O custo associado a esses eventos foi estimado entre 17 e 29 bilhões de dólares em razão dos custos de cuidados adicionais, mas também pela perda de rendimento e incapacidade resultante. Essa constatação alertou os profissionais de saúde, gestores da saúde, pacientes, organizações e decisões políticas para a dimensão do problema

e dos seus custos sociais e econômicos, além do óbvio sofrimento dos pacientes e das famílias (KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S., 2000).

Muitos estudos surgiram após a publicação de *To Err is Human*, em 1999. Nesse panorama a incidência de eventos adversos relacionados ao cuidado hospitalar está em torno de 10%. Estima-se ainda que entre 4,4% e 20,8% dos eventos adversos foram associados à morte dos pacientes (ZEGERS *et al.*, 2009).

Em 2001, uma revisão de literatura identificou quatro estudos que usavam principalmente a Global Trigger Tool, que é uma metodologia que analisa de forma retrospectiva uma amostra aleatória de registros de pacientes que consiste na detecção de triggers (“gatilhos”) ou pistas para detectar possíveis eventos adversos e encontrou uma média de 210.000 mortes por ano associadas a danos evitáveis em hospitais. Dadas as limitações na capacidade de pesquisa e a incompletude dos registros médicos dos quais a ferramenta depende, o número real de mortes prematuras associadas a danos evitáveis aos pacientes foi estimado em mais de 400.000 por ano. Além disso, o dano grave parece ser 10 a 20 vezes mais comum que o dano letal (JAMES, 2013).

A partir dessa publicação, a preocupação com a segurança do paciente ganhou destaque no mundo, sensibilizando diversos profissionais de saúde e organizações, chamando a atenção para o problema de segurança do paciente.

Mediante a crescente preocupação mundial com a segurança do cuidado, a OMS lançou, em 2004, o programa “*World Alliance for Patient Safety* - “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente”, que institui medidas para melhorar a segurança do paciente (WHO, 2005a). Desde então tem apresentado preocupações com a segurança do paciente, sempre colocando nas pautas de discussões políticas o assunto como prioridade nos países a partir do ano de 2000.

Em 2004, lançou o desafio da campanha para a segurança do paciente “*Patient Safety*” com o objetivo de coordenar, disseminar e promover a melhoria na segurança do paciente a nível mundial, conquistando o compromisso político, lançando programas, gerando alertas sobre aspectos sistêmicos e técnicos, realizando campanhas internacionais que reúnem recomendações destinadas a garantir a segurança aos pacientes em todo o mundo (WHO, 2004). Essa campanha propõe a segurança do paciente como uma prioridade de saúde pública, procurando integrar a perspectiva do paciente e família aos seus cuidados (SILVA, 2010).

Diante disso, o IHI lançou a “Campanha 100.000 Vidas” em dezembro de 2004, convidando os hospitais dos Estados Unidos da América (EUA) a tentarem evitar que ocorressem 100.000 mortes desnecessárias durante um período de 18 meses por meio de melhorias em suas instalações (IHI, 2006). A campanha recomendava seis intervenções para ajudar os hospitais neste importante trabalho e o IHI disponibilizou na época ferramentas e recursos livres a todos os participantes, além de investir um grande esforço no desenvolvimento de parcerias com as autoridades nacionais e organizações regionais. As intervenções recomendadas foram:

- Minimizar mortes desnecessárias;
- Diminuir a dor ou sofrimento desnecessários;
- Reduzir esperas indesejadas;
- Sensibilizar quanto à impotência do cuidador ou de quem é cuidado;
- Evitar desperdício e exclusão.

Sendo assim, uma nova meta que não estava mais centrada apenas em evitar mortes desnecessárias foi criada. Ao alargar a meta, estava se buscando conduzir os hospitais a níveis mais elevados de desempenho e fornecer aos pacientes e às famílias cuidados melhores. O objetivo principal passou a ser reduzir a incidência de danos relacionados à assistência em saúde nos hospitais. Assim, surgiu a “Campanha 5 Milhões de Vidas”. Outros três objetivos complementares foram atingir mais de 4000 hospitais nos EUA nessa nova campanha, reforçar a rede nacional e aumentar os esforços dos hospitais para atingir um público maior (IHI, 2006).

Em 2005, da parceria entre a OMS e a *Joint Commission International* (JCI) surgiu as “Soluções de Segurança do Paciente” (*Patient Safety Solutions*), que pretendiam contribuir para que as medidas preventivas e a implementação de políticas em áreas identificadas como problemáticas na segurança do paciente fossem alcançadas. As soluções criadas a partir desse trabalho foram publicadas em 2007. Esse conjunto de soluções, que passam por mudanças simples das práticas, mas podem evitar incidentes graves, pretendiam ser uma boa referência para os profissionais e instituições que prestam cuidados de saúde (TRINDADE; LAGE, 2019).

Após a parceria da OMS e JCI os processos de atendimento ao paciente, tornando-o mais seguro, foram adequados. Assim foram criadas as nove soluções de forma acessível, tais como:

- I. Nomes de medicamentos parecidos;

- II. Identificação do paciente;
- III. Comunicação durante a transferência de pacientes;
- IV. Realização do procedimento correto no local correto do corpo;
- V. Controle de soluções eletrolíticas concentradas;
- VI. Garantir a precisão da medicação nas transições no atendimento;
- VII. Evitar desconexões de cateteres e tubos;
- VIII. Uso único de dispositivos de injeção;
- IX. Higiene das mãos melhorada para prevenir infecções associadas aos cuidados de saúde (WHO, 2007).

Inúmeras foram as estratégias adotadas em nível mundial no sentido de melhorar o cenário da segurança do paciente em serviços de saúde. Destaca-se que, em 2005, a Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), criou a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP), em Concepción, no Chile, com o objetivo de traçar tendências e prioridades no desenvolvimento da Enfermagem na área da segurança do paciente (CALDANA *et al.*, 2015).

No Brasil, o movimento de segurança do paciente ganhou força em 14 de maio de 2008 com a criação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), com uma estratégia de vinculação, cooperação e objetivos em comum entre pessoas e instituições interessadas no desenvolvimento conjunto dos cuidados de saúde, gestão, pesquisa, informação e educação, para contribuir com a segurança dos pacientes. A rede é estruturada em polos e núcleos distribuídos pelos Estados brasileiros, como é o caso da REBRAENSP – GOIÁS, que foi fundada em 24 de setembro de 2008 com os mesmos objetivos, promovendo a disseminação da importância de mudanças culturais e da implementação da cultura de segurança nas instituições, bem como o fortalecimento do cuidado, ensino, pesquisa, gestão, educação, entre outros (CALDANA *et al.*, 2015; KOLANKIEWICZ *et al.*, 2017).

Uma das ações de maior impacto para a segurança do paciente no Brasil pode ser destacada em 2007, quando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) elaborou uma proposta com o objetivo de identificar os tipos específicos e a natureza dos problemas de segurança nos serviços de saúde, para se adequar às recomendações da OMS. Nesse contexto, em 2013, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo de contribuir para a assistência

com qualidade ao cuidado em saúde (BRASIL, 2013a). O reconhecimento da qualidade da assistência só é alcançado quando a segurança torna-se um princípio fundamental a ser gerenciado pelas instituições (CARVALHO *et al.*, 2017).

Segundo a OMS, a segurança do paciente pode ser definida como a “ausência de danos evitáveis a um paciente durante o processo de cuidados de saúde” e a “redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável”. Um mínimo aceitável refere-se às noções coletivas de conhecimento atual, recursos disponíveis e o contexto no qual os cuidados foram prestados, pesados contra o risco de não tratamento ou outro tratamento (WHO, 2009a). Os danos associados aos cuidados de saúde são danos decorrentes ou associados a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, e não uma doença ou lesão subjacente (RUNCIMAN *et al.*, 2009).

Uma das iniciativas da Aliança Mundial de Segurança do Paciente criada em 2004 era classificar as terminologias e conceitos utilizados na literatura cotidiana dos profissionais de saúde, com a contribuição de William Ruciman, surgiu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente - *International Classification for Patient Safety* (ICPS) (WHO, 2009a). Uma das características foi desmistificar a terminologia “erros médicos”, pois o cuidado de saúde é prestado por diferentes profissionais e por uma variedade de ambientes, não só o hospital.

O incidente relacionado ao cuidado de saúde é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente. A palavra “desnecessário”, nessa definição, significa implicitamente que erros, transgressões, abusos de pacientes e atos deliberadamente perigosos podem ocorrer em cuidados de saúde (MENDES, 2019).

Com base nas definições da ICPS, o evento adverso é um incidente com lesão, e incidente que levou dano ao paciente. É o dano não intencional que resulta em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado de saúde prestado (MENDES *et al.*, 2005).

A OMS estima que os danos ocorram em milhares de pessoas todos os anos em diversos países (WHO, 2005b). Esses danos podem ser incapacitantes, com sequelas permanentes, além de levar ao aumento do custo e da permanência hospitalar e, até mesmo, resultar em morte prematura como consequência direta das práticas inseguras em saúde (WHO, 2008).

Estudo de Martins *et al.* (2011) com uma amostra aleatória de 1103 prontuários de hospitalizações no ano de 2003 em três hospitais de ensino no estado do Rio de Janeiro – Brasil evidenciou que a taxa de mortalidade global foi de 8,5%, enquanto a taxa de mortalidade relacionada à ocorrência de um evento adverso foi de 2,9% (32/1103), sendo que destes, 2,3% eram evitáveis (25/1103). Entre as 94 mortes analisadas, 34,0% estavam relacionadas a casos envolvendo eventos adversos e 26,6% dos óbitos ocorreram nas situações cujos eventos adversos foram considerados evitáveis.

Segundo Flotta *et al.* (2012), os incidentes acarretados pela assistência à saúde dos pacientes dentro dos hospitais, ambulatoriais e rede de atenção básica vem sendo discutidos nas duas últimas décadas em todo o mundo, assim tornando um assunto de todos. O silêncio que cercava essas questões é quebrado em prol da criação de estratégias que aumentem a segurança do paciente.

Em um estudo realizado na Itália os médicos foram considerados os profissionais mais expressivos no cuidado à saúde, logo poderiam ser a classe que mais poderia ocasionar riscos aos pacientes, assim tornaram objeto de observação e pesquisa (NGUYEN *et al.*, 2015). Neste estudo os resultados encontrados foram: os conhecimentos dos médicos sobre práticas de segurança do paciente baseadas em evidências foram inconsistentes. Mais de 90,0% disseram que a contagem de itens cirúrgicos durante um procedimento invasivo representava uma prática de segurança do paciente. As respostas revelaram atitudes positivas em relação à segurança do paciente; porém, 44,5% e 44,1%, respectivamente, concordaram ou tiveram dúvidas sobre a ideia de informar a ocorrência de erros aos pacientes. No que diz respeito ao comportamento, 7,6% dos médicos afirmaram nunca terem se envolvido em erros no cuidado de saúde; já em relação às falhas de sistema, o item classificado como o mais importante foi o “excesso de trabalho, estresse ou fadiga dos profissionais da saúde”.

O comportamento humano durante a ocorrência de erros é estudado por James Reason, professor inglês que atua na área de Psicologia Cognitiva. Outro estudioso na área é William Runciman, médico anestesista australiano e pesquisador na área de segurança do paciente, que se baseou na teoria proposta por Reason para entender como é o processo do erro e como ele ocorre na área da saúde, destacando para a complexidade e a especificidade do sistema. Por especificidade, eles apontam o fato de que profissionais de saúde têm de lidar invariavelmente com grande diversidade de tarefas e meios para executá-las. A clientela atendida envolve pessoas

vulneráveis e, por consequência, com maior risco de ocorrência de danos por conta da execução de atos inseguros (NASCIMENTO, 2019).

Para Reason (2003) o termo erro só pode ser aplicado nas ações em que o indivíduo tem a intenção de realizar a tarefa. Ele acrescenta que os tipos de erro dependem de duas espécies de falhas, sendo que a primeira delas envolve falha na execução das ações que caminham de acordo com a intenção pretendida (são os lapsos e os deslizos); e a segunda diz respeito à falha no planejamento das ações intencionais para alcançar os resultados desejados, caracterizadas pelos enganos. O erro é um termo geral que abrange todas aquelas ocasiões em que uma sequência traçada de atividades mentais ou físicas falha em alcançar o resultado esperado e quando essas falhas não podem ser atribuídas a intervenção do acaso.

No último boletim brasileiro sobre a ocorrência de eventos adversos publicado pela ANVISA foram analisados eventos por estado, sendo que Minas Gerais foi o estado que mais apresentou notificações, com mais de 30.000 incidentes notificados entre os meses de setembro de 2019 a agosto de 2020, já o estado de Goiás ficou na 11ª posição entre os estados que apresentaram notificações. A maioria dos incidentes notificados foram classificados como eventos que causaram grau do dano leve (75.000), seguido de nenhum dano (50.000). Quanto ao grau do dano por tipo de serviço, esse boletim não especifica notificações em instituições de longa permanência, apresenta somente em outros tipos de serviço, sendo que danos leves apresentam evidência nos hospitais. Destaca-se que foram notificados quase 1.000 eventos adversos que resultaram em óbito (BRASIL, 2020).

Nos últimos anos profissionais de saúde têm investido em pesquisas voltadas para a melhoria do cuidado prestado e a segurança da paciente. Em um contexto atual onde os cuidados de saúde são complexos, com demandas tecnológicas, avanços da diversidade de sistemas e processos organizacionais diferenciados, a elevação para a ocorrência de incidentes, erros ou falhas vem surgindo. Nesse cenário, a cultura de segurança ganha destaque, visto que reflete o comprometimento dos profissionais da organização com a promoção contínua de um ambiente terapêutico seguro que influencia comportamentos e resultados de segurança, tanto para os profissionais de saúde como para os pacientes (REIS, 2019).

Estratégias mais precisas para melhorar o cuidado em diferentes pontos da assistência são necessárias, deixando de lado o paradigma que os riscos acontecem somente em ambiente hospitalar. Hoje, sabe-se que os riscos estão inerentes a

qualquer estabelecimento que presta assistência em saúde ao paciente. Nas últimas décadas, a Atenção Primária tem se tornado complexa, tendo em vista os investimentos tecnológicos, ampliação de funções clínicas, e os cuidados que eram prestados em outros níveis de complexidade da atenção passaram a ser realizados na atenção primária, havendo também agora uma preocupação com a identificação das necessidades de saúde dos usuários (MENDES, 2012).

A educação para a segurança do paciente é uma recomendação da OMS, que sugere a inclusão da temática nas grades curriculares de todos os cursos da área da saúde. A segurança do paciente necessita ser problematizada e discutida de forma séria e responsável, sendo indispensável instrumentalizar os futuros profissionais para a prevenção de eventos adversos e desenvolver neles a cultura da segurança do paciente (WEGNER *et al.*, 2016).

É nesse contexto que a segurança do paciente passa a ser um atributo da qualidade do cuidado de saúde tão importante quanto a efetividade, isso porquê os eventos adversos envolvem custos sociais e econômicos consideráveis, podendo implicar danos irreversíveis aos pacientes e suas famílias, constituindo sério problema de saúde pública (BROWN *et al.*, 2008).

Evitar complicações é um dos principais objetivos de todos os profissionais, com foco na segurança do paciente e na qualidade da assistência. Os eventos adversos são uma realidade e, provavelmente, sempre farão parte do sistema, devido à natureza universal da falibilidade humana e à complexidade na qual os cuidados se inserem. Os eventos adversos podem causar danos graves ao paciente ou óbito; assim, o paciente e familiares são as “primeiras vítimas” desses eventos. No entanto, as vítimas de eventos adversos vão muito além de tal indivíduo, há um efeito indireto nos profissionais de saúde que estavam envolvidos diretamente, aos profissionais dos núcleos de segurança do paciente e organizações, considerados as “segundas vítimas” (TARTAGLIA; MATOS, 2020).

A melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente é tarefa difícil, com resultados a longo prazo que exigem envolvimento de todos os membros da organização. É necessário que as organizações de saúde entendam seus processos organizacionais buscando conhecer seus entraves, lacunas, desafios, a fim de propor soluções e estratégias para a melhoria contínua desses processos. A cultura organizacional interfere na segurança do paciente e na cultura de segurança no âmbito hospitalar.

### 3.2 Cultura Organizacional

Uma organização consiste em um agrupamento de pessoas que se reúne de forma estruturada, deliberada e em associação, traçando metas para alcançar objetivos planejados e comuns a todos os seus membros (LACOMBE; HEILBORN, 2003).

Os estudos com enfoque na cultura organizacional tiveram seu ápice na década de 1980 do século XX. Incorporados à Teoria das Organizações, às análises administrativas e ao cotidiano das empresas, esses estudos passaram a ser frequentes, visto que os aspectos culturais são imprescindíveis em qualquer tipo de análise e prática organizacional (SANTOS *et al.*, 2014).

O crescente interesse pela cultura organizacional nas organizações deu-se a partir da percepção de que as teorias existentes não dispunham de instrumentos e métodos que permitissem compreender a natureza complexa das organizações, particularmente em contextos de mudança, em que se busca melhoria de desempenho ou aumento de competitividade. Nesse cenário, o estudo da complexidade das organizações envolve a compreensão da natureza das relações humanas como base para se conhecer as reações às mudanças dos diferentes grupos que compõem a organização, assim como a dinâmica de relações de poder existentes (BARREIROS, 2002).

Segundo Mintzberg (2010) a definição de cultura é debatida interminavelmente pelos antropólogos. Para o autor, a cultura é essencialmente composta de interpretações do mundo e das atividades e artefatos que as refletem. Além da cognição, essas interpretações são compartilhadas coletivamente, em um processo social.

Para Schein (1991), a cultura organizacional é um conjunto de pressupostos básicos que um grupo criou, descobriu ou desenvolveu ao aprender a lidar com problemas de adaptação externa e integração interna. Esses pressupostos, por terem funcionado razoavelmente bem, são considerados válidos e ensinados aos novos membros, como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas. A cultura organizacional influencia o caminho por meio do qual os profissionais aprendem e partilham o conhecimento.

A cultura organizacional é positivamente correlacionada com o comportamento do líder. O líder influencia no desenvolvimento de comportamentos, valores e crenças

de seus colaboradores, possibilitando o fortalecimento da cultura organizacional (TSAI, 2011). Para Westrum (2004), a ideia subjacente é de que o líder, por meio de suas preocupações, configure a cultura de uma unidade ou organização. Por meio de ações simbólicas, o líder demonstra suas preferências e comunica o que considera importante. Essas preferências tornam-se as preocupações dos funcionários da organização, visto que poderão representar a concessão de recursos, recompensas ou punições.

Embora haja uma ampla gama de definições sobre cultura organizacional, o Quadro 1 mostra as características desse tipo de cultura que são frequentemente referenciadas.

Quadro 1. Características da cultura organizacional

As sete características	É uma abstração e não um fenômeno concreto, e, portanto, é de difícil definição e operacionalização.
	É relativamente estável ao longo do tempo.
	Seu conceito é multidimensional.
	É partilhada por grupos de pessoas.
	Pode conter vários aspectos que coexistem dentro de uma organização, por exemplo, a cultura de segurança.
	Leva a práticas ostensivas.
	Atende a uma proposta funcional.

Fonte: Adaptado de(GULDENMUND, 2000).

A cultura organizacional compreende um conjunto de elementos – representada por valores, abordagens e suposições – que caracterizam as empresas, de modo que cada perfil cultural pode influenciar, distintivamente, o sucesso da firma, levando em conta as necessidades do ambiente externo e a sua orientação estratégica (CAMERON *et al.*, 2006).

Segundo Barreto *et al.* (2013), a cultura organizacional influencia diretamente a condução da empresa, seja no trabalho desenvolvido nos setores, na inovação em produtos, na capacidade dos profissionais que atuam nela, no clima organizacional, nas estratégias de liderança, entre outros fatores que garantem inclusive a sobrevivência da organização. Para este autor “a cultura organizacional permeia os diversos setores e níveis das empresas, exercendo reconhecida influência sobre

diversos aspectos, desde o comportamento de seus profissionais e gestores até a formulação de estratégias e o desempenho organizacional”.

Na área da saúde, a importância da cultura organizacional também tem sido evidenciada. A saúde é considerada um bem comum, um direito à vida nas sociedades modernas e um vetor de desenvolvimento sustentável (FLEURY; FISHER, 2007; COSTA, 2016).

Na área da saúde o conjunto de objetivos, normas, rituais e a forma de resolver os problemas pela equipe ao conceito de cultura organizacional, e que espelha os objetivos e valores da organização, a compreensão da realidade organizacional é fundamental, tanto nos seus elementos formais, tais como organogramas, regulamentos, manuais de técnicas e procedimentos, entre outros, como nos informais, que não são visualizados por meio de documentos e outras formas concretas, entre os quais estão a cultura e o poder. Acrescenta-se a importância de considerar o contexto social e cultural na gestão organizacional, a inserção do meio ambiente como influenciador nos “valores, atitudes e comportamentos das pessoas”, o que reflete nos “processos decisórios e nas formas de gestão (KURCGANT; MASSAROLLO, 2012).

Diante disso, vem se trabalhando a cultura de segurança nas instituições de saúde, a qual é necessária para que se tenha uma organização segura, por meio do reconhecimento e responsabilização por todos os trabalhadores pela sua própria segurança, de seus colegas, pacientes e familiares. Instituições de saúde com forte cultura de segurança a priorizam acima de metas financeiras e operacionais, promovem o encorajamento e recompensa da identificação, notificação e resolução dos problemas, incentivam o aprendizado organizacional a partir de incidentes, garantem a disponibilização de recursos e estruturas (BRASIL, 2013a).

### **3.3 Cultura de Segurança**

O termo cultura de segurança foi utilizado pela primeira vez pelo Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear (INSAG) ao publicar o relatório sobre o acidente nuclear de Chernobyl em 1986, considerado o pior acidente na história da geração de energia nuclear. Uma cultura de segurança fraca foi atribuída como a principal causa do acidente, de acordo com a Agência Internacional de Energia

Atômica (IAEA). A partir de então, o termo vem sendo utilizado por indústrias consideradas de alto risco (FLIN *et al.*, 2006).

A cultura de segurança como um aspecto da cultura da organização foi conceituada pela *Health and Safety Commission* (1993) como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, que determinam o compromisso, o estilo e proficiência da organização. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e confiança na efetividade de medidas preventivas (ADVISORY COMMITTEE ON THE SAFETY OF NUCLEAR INSTALLATIONS, 1993).

Diante da diversidade e sem um conceito amplamente aceito, muitos pesquisadores passaram a redefinir cultura de segurança com enfoque na natureza dos problemas de suas áreas. Com o interesse crescente pela cultura de segurança, pesquisadores oriundos de diversas disciplinas (psicologia social e organizacional, gestão empresarial, negócios etc.) dedicaram-se a pesquisas e investigações conduzindo a vários caminhos sobre a forma de conceituar cultura de segurança (GULDENMUND, 2000).

O fortalecimento da cultura de segurança nas organizações ganha destaque após a publicação *To err is human*. Essa necessidade de fortalecimento da cultura de segurança seria a medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar contemporâneo, chamando a atenção das organizações de saúde para a importância de se considerar a aplicação de técnicas de segurança adotadas em Organizações de Alta Confiabilidade (OAC) que apresentam elevados riscos envolvidos em seus processos de trabalho e registros de segurança muito positivos no gerenciamento desses riscos. São exemplos de OAC: indústria da aviação, da energia nuclear, petróleo e gás. Para essas organizações, o foco primário está no sistema e nos processos de trabalho, e não nos indivíduos (KOHN, LINDA T.; CORRIGAN, JANET M.; DONALDSON, MOLLA S., 2000).

Os conceitos e técnicas de cultura de segurança adotados pelas OAC a partir dos anos 2000 ganharam destaque na área da saúde. Tradicionalmente essas organizações são conhecidas por gerirem com muita eficiência seus processos de trabalho intrinsecamente complexos e perigosos. Têm como prioridade minimizar os riscos de incidentes e mitigar eventos adversos. As OACs intencionam estabelecer uma consciência coletiva relacionada à segurança, que se expressa por meio do

compromisso com a segurança em todos os níveis da organização, desde seus prestadores da linha de frente até seus gerentes e executivos (KOHN, LINDA T.; CORRIGAN, JANET M.; DONALDSON, MOLLA S., 2000).

Segundo Chassin e Loeb (2011) a consciência coletiva significa que todos que trabalham nessas organizações, tanto individualmente como em equipe, têm pleno conhecimento de que mesmo pequenas falhas nos protocolos e processos de segurança podem levar a resultados adversos catastróficos. Nessas organizações, como uma questão de rotina, os trabalhadores estão sempre procurando a menor indicação de que o ambiente ou um processo de segurança tenha sido alterado de algum modo, propiciando falha, caso algumas medidas não sejam tomadas para resolver o problema.

Essa postura permite à organização identificar problemas de segurança ou de qualidade numa fase na qual eles são facilmente corrigidos. Os aspectos importantes entre a cultura de segurança presente nas OACs e a cultura dominante nas organizações de saúde se contrapõe, como representa o Quadro 2 a seguir.

Quadro 2: Aspectos importantes entre a cultura de segurança presente nas organizações de alta confiabilidade e a cultura dominante nas organizações de saúde

<b>Organizações de Alta Confiabilidade (OAC)</b>	<b>Organizações de Saúde</b>
Crença em que algo pode sair errado	Crença em que tudo vai dar certo
Foco sobre a confiabilidade do sistema	Foco sobre a eficiência do sistema
Humildade para buscar entender e aprender o que não se conhece	Crença de que se sabe tudo o que se precisa saber
Comportamento que valoriza o trabalho em equipe	Presença de elevados gradientes de hierarquia entre os profissionais

Fonte: Adaptado de (CHASSIN; LOEB, 2011).

Em síntese, para que a cultura de segurança de uma organização de saúde alcance a performance da cultura de segurança das OACs, as seguintes características principais devem ser seguidas (AHRQ, 2013):

- O reconhecimento da natureza do alto risco das atividades da organização e a determinação em realizar as operações de forma consistentemente segura;
- A promoção de um ambiente livre de culpa em que os indivíduos são capazes de notificar incidentes ou quase incidentes sem medo de serem punidos;
- O encorajamento da colaboração entre os diversos níveis e a disciplina em buscar soluções para os problemas de segurança do paciente;

- O compromisso organizacional relacionado à disponibilização de recursos para fins de responder às questões de segurança.

A cultura de segurança ganha proporções mundiais, passando a ser uma temática de constantes debates, se torna um princípio fundamental e um requisito primordial para a qualidade do cuidado. Para que este cuidado possa ser direcionado de forma correta é necessário adquirir uma cultura de segurança, onde os profissionais e serviços compartilhem práticas, valores, atitudes e condutas que possibilitem substituir a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as próprias falhas e, assim, melhorar o cuidado em saúde possibilitando a garantia da segurança dos pacientes (WEGNER *et al.*, 2016).

A publicação do IOM dos EUA, intitulada *To err is human* (KOHN *et al.*, 2000) enfatizou a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança em termos organizacionais, como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar contemporâneo. A partir desse marco, partilhar uma cultura de segurança positiva nas organizações de saúde emerge como um dos requisitos essenciais na expectativa de reduzir a ocorrência de incidentes e, em especial, de eventos adversos, evitáveis tanto quanto possível, por meio do aprendizado proativo a partir dos erros ocorridos e redesenho dos processos (HANDLER *et al.*, 2006).

Para a OMS (WHO, 2009b) vários estudos definem conceitos de que a cultura de segurança em organizações de alto risco, incluindo as organizações prestadoras de cuidados de saúde, traduz-se em um conjunto de crenças partilhadas que fornecem suporte a práticas seguras entre os profissionais que nelas trabalham. A definição de cultura de segurança pela OMS é marcada pela comunicação aberta, trabalho em equipe, reconhecimento da dependência mútua, aprendizado contínuo com base nos registros das notificações/relatos de eventos e a primazia da segurança como prioridade em todos os níveis da organização.

Segundo a WHO (2004) “a cultura de segurança do paciente está associada à capacidade de adaptação das instituições de saúde em relação aos riscos humanos e operacionais inerentes ao processo de trabalho”.

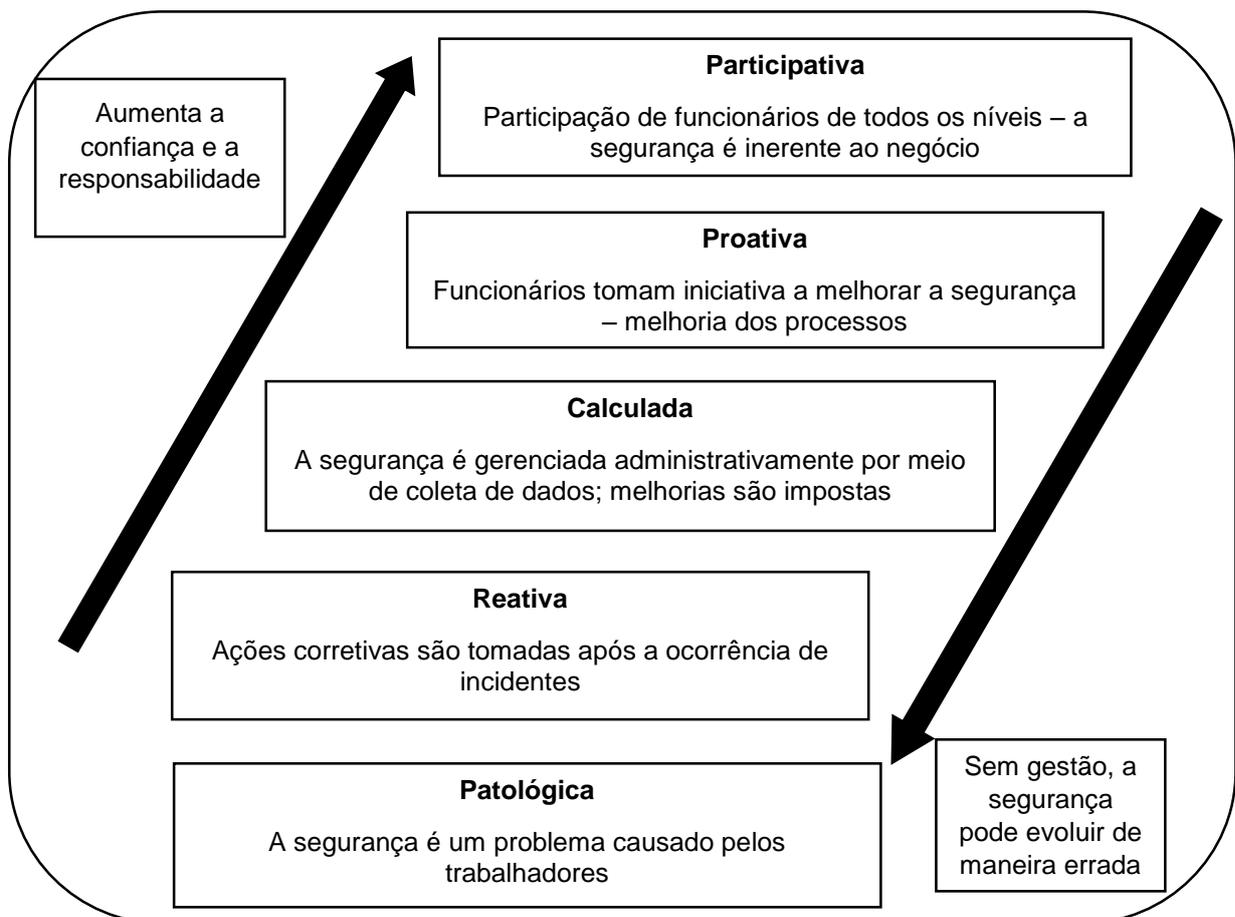
Partindo desse princípio a segurança do paciente vem ao encontro da qualidade na assistência, que é o grau mais elevado de atendimento a padrões estabelecidos, frente às normas e protocolos que organizam as ações de práticas,

assim como os conhecimentos técnicos e científicos atuais (VITURI; MATSUDA, 2009).

Segundo Pavan *et al.* (2019), a cultura de segurança do paciente tem instigado as instituições a prestarem um cuidado seguro a fim de obter resultados adequados ao paciente sem causar qualquer risco de dano. A necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança no nível organizacional é apontada como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar (KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S., 2000).

Para Hudson (2003), em uma organização de saúde a cultura de segurança pode se apresentar em graus diversos de maturidade e progredir por meio de cinco estágios ao longo do tempo. A Figura 1 apresenta os cinco estágios de maturidade da cultura de segurança.

Figura 1. Níveis de maturidade da cultura de segurança



Fonte: (HUDSON, 2003)

Para que as organizações de saúde passem a assemelhar-se culturalmente às organizações de alta confiabilidade, Chassin e Loeb (2011) sugerem a necessidade de três mudanças críticas e interdependentes no nível organizacional:

- I. O compromisso das lideranças como componente fundamental para difundir a ideia da necessidade de mudança de comportamento e de cultura. Esse compromisso requer incorporar os princípios da alta confiabilidade nas declarações da visão e missão da organização, estabelecendo metas mensuráveis para monitorar sua realização;
- II. A cultura de segurança deve envolver três imperativos que se sustentam mutuamente:
  - A confiança;
  - A notificação;
  - A busca contínua por melhoria.

A confiança deve ser estabelecida entre todos os profissionais para que se sintam seguros quando identificarem algum problema que possa envolver erros cometidos por outros. Do mesmo modo, os profissionais devem confiar que a gestão buscará a solução dos problemas identificados nas notificações ou relatos de condições potencialmente inseguras ou procedimentos de segurança falhos, que dão oportunidade de identificar problemas em estágios iniciais antes que eles representem riscos elevados. As melhorias de segurança obtidas com base em notificações ou relatos, uma vez transmitidas de volta aos profissionais (*feedback*), reforçam a confiança que motivou o profissional a notificar, contribuindo para que a cultura de segurança da organização seja fortalecida.

- III. Ferramentas robustas de avaliação de processos devem ser adotadas, como a *Lean seis sigma*, a análise da causa raiz e outras. O poder dessas ferramentas reside em sua abordagem sistemática, que envolve o seguinte: a forma confiável/fiável de medir a magnitude do problema, identificar suas causas e mensurar a importância de cada causa; encontrar soluções para as causas mais importantes; comprovar a efetividade dessas soluções e implantar programas que assegurem a melhoria contínua ao longo do tempo.

A premissa é que os seres humanos cometem falhas, portanto, erros são esperados. Os erros são consequências e não causas. Embora não se possa mudar a condição humana, é possível mudar as condições sobre as quais os seres humanos trabalham, criando defesas no sistema (REASON, 2000).

A ocorrência de incidentes teria uma multicausalidade, ou seja, seria a consequência de um encadeamento de fatores sistêmicos, os quais incluem as estratégias da organização, sua cultura, práticas de trabalho, abordagem à gestão da qualidade, prevenção de riscos e a capacidade de aprendizagem com base no registro de incidentes de segurança (WHO, 2009b).

Observa-se a prevalência de uma cultura de culpabilização nas organizações de saúde em nível global, especialmente em hospitais (FUJITA *et al.*, 2014; HEFNER *et al.*, 2017). Cultura de culpabilização ou punitiva caracteriza-se pela tendência de culpar o indivíduo pela ocorrência de um erro ou incidente de segurança e representa importante fragilidade na cultura dessas organizações, visto que impede ou dificulta identificar os problemas de segurança. Com receio de ser punido ou culpabilizado, o profissional não se sente encorajado a notificar os incidentes e eventos adversos. Logo, o ambiente de aprendizagem contínuo, preconizado por uma cultura de segurança fortalecida, torna-se inviável (REIS, 2019).

A abordagem não punitiva parece não ser apropriada para a totalidade de incidentes de segurança que ocorrem nas organizações de saúde. Alguns erros exigem responsabilização. Se por um lado é fato que a cultura tradicional de culpabilidade individual prejudica o avanço de uma cultura de segurança, por outro, a cultura não punitiva, embora seja a postura adequada para a maior parte dos incidentes de segurança, não o é para determinados incidentes. A culpa é apropriada a indivíduos que cometem erros frequentes e descuidados, que falham em acompanhar sua especialidade, comparecem ao trabalho alcoolizados ou optam por ignorar normas sensatas de segurança, adotando comportamentos disruptivos (WACHTER, 2013).

Reason (2003) apresenta duas definições para erro e violação, diferentes, que podem ser conjugadas. A primeira delas afirma que “violação é um desvio deliberado, mas não necessariamente repreensível, de procedimentos operacionais seguros, padrões ou normas”. A segunda definição com a qual Runciman, Merry e Walton (2007) se contrapõem de forma mais clara afirma que “o limite entre erro e violação não é tão rigoroso e palpável nem em termos conceituais nem dentro da sequência de ocorrência de um acidente em particular”. As violações, para Runciman, diferem de erros pelo fato de os primeiros envolverem um elemento de escolha e, em geral, implicarem ações que fogem ao prescrito nas normas, ações essas que

reconhecidamente incorrem em risco. Também ressalta que a violação não se aplica a situações em que haja intenção de dano.

Para Dekker e Breakey (2016) se algo é bem-sucedido na organização, não é provável que seja por mérito individual. Da mesma forma, quando ocorre uma falha, ela não se deve a uma deficiência individual. Em ambos os casos, o sucesso ou a falha, abrange equipe, organização e sistema. Por consequência, relativamente recente, a popularidade da cultura justa para as organizações de saúde vem sendo fomentada.

A cultura justa identifica e aborda as questões dos sistemas que levam indivíduos a adotarem comportamentos inseguros e estabelece tolerância zero para o comportamento imprudente (AHRQ, 2010). Ela distingue entre o erro humano (por exemplo, cometer deslizes), o comportamento de risco (por exemplo, tomar atalhos) e o comportamento imprudente (por exemplo, ignorar os passos de segurança necessários), em contraste com uma abrangente abordagem de não culpabilidade defendida por alguns. Em uma cultura justa, a reação frente a um incidente baseia-se no tipo de comportamento relacionado ao incidente, e não à sua gravidade.

A cultura justa caracteriza-se por uma cultura de confiança, aprendizagem e responsabilidade. Ela é particularmente importante mediante a ocorrência de um incidente, quando alguma coisa não resulta bem e deve nortear como responder às pessoas envolvidas no incidente (pacientes, familiares e profissionais), bem como minimizar os impactos negativos e maximizar o aprendizado (DEKKER; BREAKEY, 2016).

No mundo científico as ações desenvolvidas por agências internacionais que se dedicam a melhorar o acesso e a efetividade dos cuidados de saúde, o interesse e o empenho na procura por soluções para reduzir o nível de risco para os pacientes, melhorar a qualidade do cuidado e desenvolver métodos e técnicas confiáveis que determinem o tipo e a natureza da cultura de segurança dos profissionais e de suas organizações ou serviços nos hospitais (REIS, 2019).

Com a avaliação da cultura de segurança tem-se acesso às informações dos profissionais a respeito de suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, permitindo identificar as áreas mais problemáticas com o intuito de ser possível planejar e implementar intervenções. A avaliação da cultura de segurança é exigida por organismos internacionais de acreditação hospitalar e permite identificar e gerir prospectivamente as questões relevantes de segurança nas rotinas e condições

de trabalho, a fim de monitorar mudanças e resultados relacionados à segurança. A avaliação da cultura de segurança pode ter múltiplas propostas regulatórias (SORRA; NIEVA, 2004):

- O diagnóstico da cultura de segurança e a conscientização dos profissionais acerca do tema;
- A avaliação de intervenções para a segurança do paciente implementadas na organização e o acompanhamento de mudanças ao longo do tempo;
- A comparação com dados de referência internos e externos à organização;
- A verificação do cumprimento de necessidades.

A avaliação da cultura de segurança é vista como o ponto de partida para iniciar o planejamento de ações que busquem mudanças para reduzir a incidência de EA e conseqüentemente para garantir cuidados de saúde seguros. Uma cultura de segurança positiva favorece o aprimoramento de práticas seguras por meio de melhorias na comunicação, no trabalho em equipe e no compartilhamento de conhecimentos. No Brasil, não há ainda um diagnóstico amplo sobre os problemas de segurança do paciente em hospitais, e a elevada proporção de EA evitáveis reforçam a necessidade do fortalecimento da cultura de segurança entre os profissionais de hospitais (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A multiplicidade de definições sobre cultura e clima de segurança reflete a diversidade de metodologias utilizadas para avaliar a cultura de segurança em uma organização. A abordagem epidemiológica quantitativa comumente utiliza questionários de autopreenchimento e está estreitamente relacionada à avaliação de clima de segurança ou dos componentes mensuráveis da cultura de segurança. Já a abordagem sócio antropológica qualitativa prevê a avaliação da cultura de segurança por meio de técnicas de observação associadas a entrevistas (NASCIMENTO, 2011).

A maior parte dos estudos que avalia cultura de segurança utiliza questionários como instrumento de coleta de dados. Esses questionários baseiam-se em uma combinação de dimensões e são considerados estratégia eficiente por ser ela anônima e com custos mais reduzidos que as abordagens qualitativas para coletar/recolher dados sobre cultura de segurança (FLIN *et al.*, 2006). Os questionários diferem quanto ao número de itens e de dimensões que mensuram e em relação à variação em suas propriedades psicométricas, validade e confiabilidade/fiabilidade (COLLA *et al.*, 2005; FLIN *et al.*, 2006; ROBB; SEDDON, 2010).

A seleção do questionário a ser utilizado depende de sua finalidade, das perguntas às quais se pretende responder, devendo ele, também, ser adequado em termos de suas propriedades psicométricas (COLLA *et al.*, 2005). Os dois questionários mais amplamente utilizados são a “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente” (*Patient Safety Culture Survey*), da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), e o “Questionário de Clima de Segurança” (*Safety Attitudes Survey – SAQ*) (COLLA *et al.*, 2005; SEXTON *et al.*, 2006).

A tradução de ambos os questionários se encontra disponível para uso no Brasil. A pesquisa e investigação sobre Cultura de Segurança do Paciente, em sua versão aplicável a hospitais HSOPSC, foi adaptada e, posteriormente, validada (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012), assim como o SAQ (CARVALHO, 2011).

São elegíveis a responder o HSOPSC e o SAQ profissionais que trabalham em hospitais e têm contato direto ou interação diretamente com os pacientes internados, bem como profissionais que não têm contato direto com o paciente, mas cujas funções desempenhadas no trabalho afetam diretamente o cuidado ao paciente internado (líderes, gerentes, supervisores e administradores). Esses questionários foram delineados com o objetivo de mensurar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente, eles indagam a opinião de seus respondentes sobre postos-chave relacionados à segurança – valores, crenças e normas da organização, notificação de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão (REIS, 2019).

Partilhar uma cultura de segurança positiva nas organizações de saúde emerge como um dos requisitos essenciais na expectativa de reduzir a ocorrência de incidentes e, em especial, de eventos adversos, evitáveis tanto quanto possível, por meio do aprendizado proativo a partir dos erros ocorridos e redesenho dos processos (HANDLER *et al.*, 2006).

Promover a cultura de segurança implica estabelecer um conjunto de intervenções enraizadas nos princípios da liderança, do trabalho em equipe, da comunicação aberta, do ambiente de contínuo aprendizado e na mudança de comportamento. As estratégias utilizadas para promover a segurança do paciente podem incluir intervenções únicas ou combinadas. Existe a possibilidade de elas incluírem mudanças em termos de sistema, por exemplo, na gestão, ou de estrutura, como na implantação de um sistema de relato de eventos adversos. Diversas estratégias vêm sendo utilizadas para melhorar a cultura de segurança das quais são exemplos os treinamentos em equipe, que se referem a um conjunto de métodos

estruturados que visam otimizar os processos de trabalho em equipe, melhorar a comunicação, a colaboração e a liderança; e o engajamento das lideranças organizacionais diretamente com provedores do cuidado da linha de frente, discutindo as potenciais ameaças à segurança do paciente e partilhando responsabilidades e confiança (WEAVER *et al.*, 2013).

A cultura de segurança, uma vez identificada, refletirá o comportamento da equipe, da organização, do serviço, em especial o quanto os valores e crenças que todos compartilham possam favorecer que a segurança do paciente seja devidamente efetiva. Assim, a percepção dos profissionais sobre as questões de segurança em seu local de trabalho é medida por meio de escalas que avaliam o clima de segurança. Este é mensurável, uma medida subjetiva, porém fundamental para estimar os efeitos de intervenções gerenciais no contexto da segurança do paciente (GASPARINO *et al.*, 2017).

Gasparino *et al.* (2017), ao avaliar a percepção da equipe de Enfermagem frente ao clima de segurança, evidenciaram que a instituição privada apresentou médias superiores às da pública. Não obstante a terem demonstrado melhor desempenho, o clima de segurança percebido pelos profissionais foi considerado insatisfatório em ambas as instituições.

Um estudo de revisão sistemática demonstrou que a avaliação da segurança do paciente e a cultura das organizações de saúde é objeto de interesse de pesquisadores e profissionais de saúde. Os hospitais que participaram desses estudos revelam que a cultura organizacional é predominantemente subdesenvolvida ou fraca em relação à segurança do paciente e compreendem dimensões que requerem fortalecimento. Sugere-se estratégias direcionadas a preparar o pessoal para oferecer segurança, qualidade, cuidados de saúde, tais como: processos de trabalho em torno de mudanças de turnos e transferências, para evitar a perda de informações importantes sobre os pacientes e seu tratamento; cooperação, integração e coordenação do trabalho em equipe entre as unidades hospitalares, a fim de evitar a fragmentação da assistência. Por fim, a cultura punitiva, de culpa, deveria dar lugar à cultura justa, aprimorando as responsabilidades profissionais e institucionais e priorizando a identificação de falhas sistemáticas e, conseqüentemente, as mitigando (REIS; PAIVA; SOUSA, 2018).

### 3.4 Clima de Segurança

Os termos cultura de segurança e clima de segurança surgem frequentemente como sinônimos (FLIN *et al.*, 2006). A principal característica que os diferencia é que o segundo é a medida temporal do primeiro e pode ser avaliado por meio da percepção dos profissionais quanto à cultura de segurança de sua instituição. O termo “clima de segurança” foi primeiramente definido por Zohar como sendo uma “síntese das percepções a respeito do ambiente de trabalho que são compartilhadas pelos funcionários” (ZOHAR, 1980). Para este autor o clima de segurança é definido como um conjunto de crenças e percepções dos trabalhadores sobre a segurança no local de trabalho.

Embora seja utilizado em pesquisas como sinônimo de cultura de segurança, o termo clima de segurança é definido como as características superficiais da cultura de segurança, a partir das atitudes e percepções dos indivíduos em um determinado ponto no tempo, ou como os componentes mensuráveis da cultura de segurança (GABA *et al.*, 2003; COLLA *et al.*, 2005).

Segundo Cooper (2000), os questionários que avaliam atitudes e percepções podem ser realizados ou utilizados em entrevistas, grupos focais e técnicas projetivas. A avaliação desses fatores fornece informações úteis quanto às questões de segurança, tais como: o comprometimento da gerência quanto à segurança e a relação da percepção de segurança dos funcionários com as taxas de acidentes de trabalho.

A primeira mensuração quantitativa da cultura de segurança, por meio do clima de segurança, surgiu na década de 80 com um modelo proposto por Zohar (1980), que ao construir esse primeiro instrumento de avaliação da cultura de segurança baseou-se em uma extensa revisão de literatura que identificou diferentes características entre as instituições que apresentavam altos e baixos índices de acidentes de trabalho. A cultura de segurança foi avaliada por uma série de perguntas sobre crenças, valores, atitudes e percepção ao longo de várias dimensões consideradas importantes para o desenvolvimento da cultura de segurança.

Nas instituições de saúde, resultados positivos quanto às questões de segurança refletem não somente a diminuição de acidentes envolvendo funcionários, mas também na garantia de uma assistência livre de danos aos pacientes (CARVALHO, 2011). Na área da saúde, o clima de segurança positivo está associado

com a adoção de comportamentos seguros e diminuição de eventos adversos, diretamente relacionados com a segurança do paciente (GERSHON *et al.*, 2004).

Em um estudo de revisão integrativa Baratto *et al.* (2016) identificaram que a relação da cultura organizacional e o clima de segurança nas instituições variam de acordo com o país, a instituição, o tipo de cultura organizacional e os dados demográficos.

Os estudos referentes à promoção da cultura de segurança vêm crescendo nos últimos anos, com a aplicação de questionários que avaliam a cultura de segurança por meio da percepção entre os profissionais sobre o clima de trabalho, o clima de segurança, satisfação no trabalho e percepção do estresse, e percepção da gerência da unidade e do hospital e condição de trabalho para análise das instituições (CARVALHO *et al.*, 2017).

Neste sentido, em um estudo realizado no estado de São Paulo, Dorigan e Guirardello (2017) identificaram o clima de segurança desfavorável, no qual os enfermeiros relatam insatisfeitos com o trabalho, verificado pela inadequação de número de profissionais. Para Kolankiewicz *et al.* (2017), ao analisar o clima de segurança do paciente entre os trabalhadores de Enfermagem em três hospitais da região Sul do país, evidenciaram escores positivos para o clima de segurança no trabalho em equipe e satisfação do trabalho.

Colaborando com o assunto, Oliveira *et al.* (2018), ao avaliarem o clima de segurança do paciente por meio da aplicação do SAQ entre profissionais que trabalham em um serviço de saúde mental, evidenciaram que a cultura de segurança foi abaixo do recomendado que é 75 pontos, sendo o escore final de 69 pontos.

Um estudo recente em um Hospital Público do Distrito Federal obteve como resultados escore de 57,1, o que representa um clima de segurança insatisfatório. Para este estudo foi sugerido a implementação de ações para a promoção da cultura de segurança e novos estudos com amostra representativa de todos os segmentos de trabalhadores (CARVALHO *et al.*, 2019).

Ao se relacionar clima de segurança com a assistência, os escores encontrados nos estudos citados podem estar relacionados com o comprometimento das gerências e dos profissionais da instituição, assim como a coesão de todos os departamentos, favorecendo para a concepção de uma cultura de segurança que tem como principal objetivo a garantia de uma assistência segura, tanto para o profissional que a realiza como para o paciente que a recebe. Assim, é necessário que os processos e métodos

que as instituições utilizam para modificar a cultura sejam avaliados conforme suas realidades (CARVALHO, 2011).

O estabelecimento de compromissos e responsabilidades faz parte do contexto organizacional para promover a cultura de segurança, que traz a possibilidade de influenciar a ocorrência de eventos adversos. Para alguns autores, como Pettker *et al.* (2009), a melhoria do clima de segurança é o primeiro passo direcionado a reduzir o risco do paciente sofrer um evento adverso. Sendo o clima de segurança a parte mensurável da cultura de segurança, ele reflete a percepção dos profissionais sobre as questões de segurança do seu local de trabalho (SEXTON *et al.*, 2006).

Para melhorar a segurança do paciente, é imprescindível implementar uma política institucional de cultura de segurança, embora seja um dos mais difíceis passos para uma instituição. Inicialmente, para que essa mudança ocorra, é essencial o levantamento dos fatores organizacionais que impedem a formação de uma cultura de segurança. Nesse sentido, o clima de segurança da organização fornece informações importantes sobre o estado de segurança de um determinado grupo de trabalho ou da organização (CARVALHO, 2011).

As informações sobre a segurança do paciente são adquiridas por meio de aplicação de instrumentos validados e aplicáveis nos contextos dos hospitais brasileiros que são capazes de diagnosticar momentaneamente as condições gerenciais do trabalho, bem como os fatores relacionadas aos profissionais. Assim, o SAQ, que é uma ferramenta importante para avaliar a cultura de segurança, por meio da mensuração do clima de segurança, pode ser aplicado, a fim de consolidar uma análise crítica sobre os setores de saúde (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

### **3.5 Questionário de Atitudes de Segurança – SAQ**

O *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Short Form 2006* é um instrumento que mensura o clima de segurança percebido pelos profissionais. Foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas, Eric Thomas, John B. Sexton e Robert L. Helmreich, a partir de outras duas escalas: *Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaires* e o *Flight Management Attitudes Questionnaire*. Essa última é utilizada há mais de 20 anos pelas empresas de aviação para mensurar a percepção de segurança das tripulações de voos (SEXTON *et al.*, 2006).

Colla *et al.* (2005) afirmam que o SAQ, entre os outros instrumentos que existem com o propósito de mensurar o clima de segurança, é o mais sensível para avaliar atitudes de segurança individuais. Assim, é um instrumento que pode ser utilizado para avaliação antes e após intervenções, como treinamentos da equipe e atividades que possam minimizar o estresse dos profissionais, melhorias gerenciais, aplicado em diversos países e setores hospitalares como centro cirúrgico, UTI e clínica médica (SANTIAGO; TURRINI, 2015; FARZI *et al.*, 2017; JEONG *et al.*, 2019).

É um instrumento de mensuração mais traduzido e adaptado, está disponível em mais de sete idiomas e já foi administrado em mais de 1300 hospitais dos Estados Unidos, Inglaterra, Austrália, Suíça, Itália, Espanha, Portugal e Nova Zelândia. Em 2010, foi traduzido e validado na China com mais de 40 mil profissionais (LEE *et al.*, 2010). O SAQ foi validado e adaptado transculturalmente para a língua portuguesa em 2011, sendo denominado Questionário de Atitudes de Segurança (ANEXO A) (CARVALHO, 2011).

Diferentes versões do SAQ foram idealizadas para o emprego em diversos cenários como Unidades de Terapia Intensiva (UTI), clínicas médicas e cirúrgicas, centro cirúrgicos, serviços de emergências, unidades ambulatoriais e atenção primária, dentre outros (SEXTON *et al.*, 2006). A versão do centro cirúrgico para o contexto brasileiro foi adaptada da versão *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version* (SAQ/OR). Cabe destacar que o SAQ/OR foi traduzido e adaptado para Suécia e Japão, mantendo suas propriedades psicométricas (LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2018).

É dividido em duas partes. A primeira parte possui 41 itens que contemplam seis domínios (Clima de Trabalho em Equipe, Satisfação no Trabalho, Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital, Clima de Segurança, Condições de Trabalho e Percepção do estresse) conforme o Quadro 3 (SEXTON *et al.*, 2006).

A segunda é composta por dados do profissional (sexo, categoria profissional, tempo de atuação e a unidade de atuação adulto ou pediátrico) (CARVALHO, 2011).

Quadro 3. Domínios do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ)

Domínios	Descrição	Exemplos de itens
<b>Clima de Trabalho em Equipe</b> Itens 1 a 6	Compreende a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe.	Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.
<b>Clima de Segurança</b> Itens 7 a 13	Avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente.	Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.
<b>Satisfação no Trabalho</b> Itens 15 a 19	É a visão positiva do local de trabalho.	Eu gosto de meu trabalho.
<b>Percepção do Estresse</b> Itens 20 a 23	Trata do reconhecimento do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho.	Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.
<b>Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital</b> Itens 24 a 29	Refere-se à aprovação das ações da gerência quanto às questões de segurança.	A administração está fazendo um bom trabalho.
<b>Condições de Trabalho</b> Itens 30 a 32	Refere-se a percepção da qualidade do ambiente de trabalho.	Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.

Fonte: Adaptado de (SEXTON *et al.*, 2006).

Os itens 14, 33, 34, 35 e 36 não pertencem a nenhum domínio, mas são considerados no score final do instrumento.

As respostas a cada um dos itens do questionário seguem uma escala na qual a pontuação final do instrumento varia de 0 a 100, onde 0 representa a pior percepção do clima de segurança e 100 representa a melhor percepção. Score maior ou igual a 75 são considerados positivos (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

De acordo com Norden-Hagg *et al.* (2010) score acima de 80 pontos significa que há entre os profissionais um forte consenso sobre o clima de segurança da instituição, ou seja, possui um ambiente favorável ao trabalho, os profissionais são satisfeitos e desempenham bem suas funções, uma percepção positiva quanto ao clima de segurança e outros fatores que contribuem com atitudes positivas de segurança. Entretanto, score abaixo de 60 pontos significa um sinal de alerta para as instituições, indicando a necessidade de intervenções urgentes por meio de ações para implementação da cultura de segurança.

O domínio “Clima de Trabalho em Equipe” culmina para a satisfação no trabalho, na medida em que possibilita avaliar a percepção da qualidade da colaboração entre os profissionais da equipe por meio da comunicação eficiente entre

as equipes que garante a motivação, colaboração e satisfação profissional (GOLLE *et al.*, 2018).

O “Clima de Segurança” é um domínio que está relacionado à percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente. Vale ressaltar que o clima de segurança é o reflexo do cuidado seguro aos pacientes. Dessa forma, as organizações de saúde têm o compromisso forte e ativo de garantir essa segurança (LIRA *et al.*, 2020).

A “Satisfação no Trabalho” é um domínio determinante para o bom desempenho do profissional, contribuindo para a formação de um ambiente seguro, uma vez que um profissional satisfeito com a sua ocupação se compromete mais com o desenvolvimento de uma assistência de qualidade (MORAIS *et al.*, 2018).

Segundo Golle *et al.* (2018), o reconhecimento dos fatores estressores pode comprometer a segurança do paciente. O domínio “Percepção do Estresse” avalia esse reconhecimento, sendo que o hospital é um ambiente de trabalho onde o cuidado em saúde se dá muitas vezes sob efeito de pressões por resultados, o que tem potencial de resultar em erros devido à complexidade de procedimentos realizados e dos materiais utilizados, das doenças apresentadas pelos pacientes, dos cuidados dispensados aos mesmos e do julgamento individual de cada profissional de saúde.

A “Percepção da Gerência da Unidade” pode estar relacionada à falta de planejamento e implementação de ações que visem melhorias do serviço, o que acaba refletindo na falta de segurança em diversos aspectos do cuidado ao paciente. A comunicação efetiva entre profissionais da equipe que atuam na assistência junto aos profissionais que atuam na gestão das unidades e na gestão do processo administrativo mostram desafios a serem melhorados pelos gestores em todos os níveis hierárquicos (KNIHS *et al.*, 2020).

O domínio “Percepção da Gerência do Hospital” representa o envolvimento dos gestores frente à mudança do cenário de segurança nos estabelecimentos de saúde e torna-se fundamental no sentido de conhecer os desafios que a equipe enfrenta diariamente. Neste contexto, uma via de comunicação efetiva com os níveis hierárquicos pode permitir a construção da confiança entre todos os envolvidos (PAVAN *et al.*, 2019).

O domínio da “Condição de Trabalho” muitas vezes está relacionado à falta de qualificação profissional, baixos salários, carga horária excessiva, quantitativo de profissionais insuficientes, atividades que expõe a riscos e a falta de um programa de

Educação Permanente em Saúde que favorecerá essa avaliação. Essa condição está relacionada ao tipo de ambiente de trabalho e apoio logístico, como recursos humanos e equipamentos (MARINHO *et al.*, 2018).

Segundo Carvalho (2011), o questionário é considerado um instrumento importante para a avaliação do clima de segurança do paciente nas instituições de saúde, seus escores não podem ser interpretados isoladamente. É necessária uma análise criteriosa da forma de organização de trabalho da instituição, assim como qual o conhecimento dos funcionários e gerentes sobre os conceitos de cultura de segurança e clima de segurança, bem como quais os valores e percepções dos funcionários e gerentes que determinam o compromisso com a qualidade da assistência prestada ao cliente. Ainda na percepção da autora considerar a cultura de segurança conclusiva e definitiva pode ser precipitado, tendo como base somente os escores obtidos com a aplicação do questionário. Esses escores representam um sinal de atenção para com os domínios que precisam ser trabalhados dentro da instituição.

A utilização do SAQ permite analisar o clima de segurança que cada dia mais se torna um avanço na atenção à saúde dispensada aos pacientes. O SAQ, no entanto, é mais sensível que outros instrumentos para avaliar atitudes individuais relacionadas à segurança do paciente, suas escalas podem ser comparadas também a indicadores de segurança do paciente como, por exemplo, taxas de infecção hospitalar, de lesões por pressão e hospitalizações. Quanto maior a pontuação na escala, menor a duração de hospitalizações na unidade e menor o número de infecções hospitalares (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo, Período e Local do Estudo**

Trata-se de um estudo transversal analítico, realizado em um hospital filantrópico, localizado na região metropolitana de Goiânia – Goiás, no município de Trindade-GO, no período de fevereiro a abril de 2020.

O estabelecimento de saúde em questão é administrado pelos Missionários Redentoristas e pelas Irmãs Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo. Atende de forma integral pessoas com deficiência e realiza atendimentos ambulatoriais e educacionais diariamente à população externa, por meio de convênio com SUS e doações.

Fundado em 1951, o hospital conta com um Centro de Especialidades Médicas que oferece mais de 20 especialidades, terapêuticas e odontológica com atendimento SUS, convênios e particulares. Possui serviço de laboratório, exames de diagnósticos e imagem. Pactuado com 135 cidades do estado de Goiás, o Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual (CER III) realiza mais de 9 mil atendimentos por mês entre terapias e consultas de Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional com dispensação de órteses, próteses e exame e entrega de cerca de 600 aparelhos auditivos por mês.

A população externa conta com o Centro de Ensino Especial São Vicente de Paulo, mantida pela instituição em convênio com o Governo do Estado, por meio da Secretaria de Educação. O centro de ensino conta com 56 funcionários com capacitação e especialização em inclusão para assistir 318 alunos.

O hospital é caracterizado como médio porte. Possui centro cirúrgico de pequeno porte, com realização de cirurgias de baixa complexidade. Conta com uma unidade cirúrgica com 20 leitos, uma sala de estabilização clínica com dois leitos, com suporte ventilatório, já que não tem o serviço de UTI. Dos 373 leitos de internação, 351 leitos são destinados para a longa permanência, tornando-se um hospital de referência no tratamento a pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade social.

O hospital conta com Central de Material de Esterilização (CME), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Serviço Especializado de Engenharia e Medicina do Trabalho (SESMT) e serviços

próprios de laboratório, Raio-X, farmácia hospitalar, higiene e limpeza, processamento de roupa, unidade de nutrição e dietética, manutenção e engenharia clínica.

O NSP foi instituído no hospital em 2013 pela Portaria de Designação nº 12/2013, sendo formado por uma comissão composta por membros da direção, enfermagem, médico, nutrição, representantes da equipe multidisciplinar e serviço de ambulatório. Desde a implantação a comissão atua resolvendo problemas imediatos ligados à assistência aos pacientes.

As ações no NSP foram conduzidas ao longo destes anos pela comissão na busca de estratégias que minimizassem os impactos negativos para a população atendida. Há uma busca por melhoria no processo de trabalho para que a assistência ao paciente internado seja com princípios de qualidade e bem-estar, com criação de processo de trabalho, implantação de protocolos conforme a portaria vigente, com ênfase nas metas internacionais, o monitoramento dos eventos adversos, educação permanente com temas direcionadas à assistência.

Foi implantado um registro de notificação de eventos adversos via intranet, onde qualquer funcionário pode acessar o link e registrar o fato de forma anônima se lhe interessar. A comissão tem acesso imediato às notificações, e os casos mais graves são avaliados na comissão ou encaminhados diretamente para o responsável para tratativa e resolução. Recentemente os eventos adversos com dano ao paciente estão sendo avaliados por meio de análise de causa raiz e outras ferramentas de gestão da qualidade.

O perfil dos pacientes, tanto os atendidos internamente na longa permanência quanto ao público externo com os atendimentos em reabilitação e os alunos da escola apresentam risco e maior probabilidade a eventos adversos devido às suas vulnerabilidades, fragilidades e comorbidades ligadas ao adoecimento de base.

Fazendo com que sejam dependentes de terceiros, não exercendo a primeira barreira de segurança. Assim, têm riscos maiores de quedas, de lesões por pressão, de eventos relacionadas a falhas na identificação segura do paciente, risco de broncoaspirações, riscos de traumas relacionado a contensões física, dentre outros fatores específicos.

Atualmente, estão internados na modalidade de longa permanência 334 pacientes com uma assistência multidisciplinar diária e assistência médica e enfermagem 24 horas por dia. Os 334 pacientes internados permanecem em 10

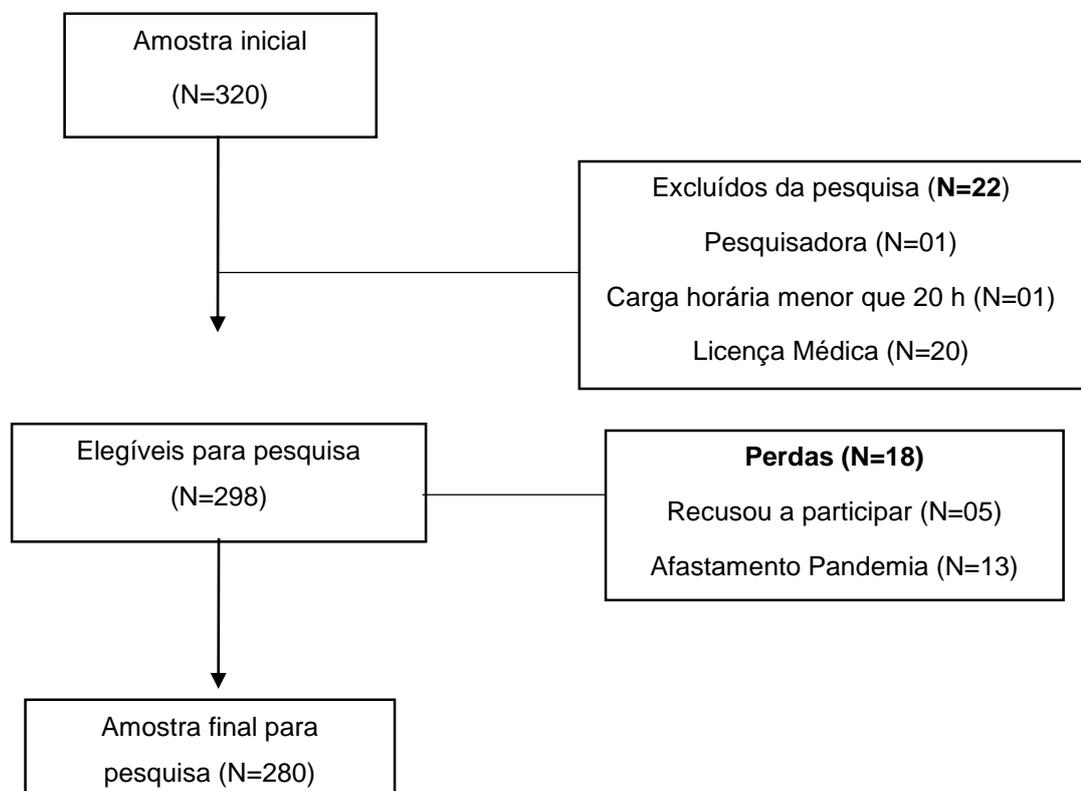
unidades de internação conforme o perfil, idade, sexo, grau de dependência e doença de base.

Para o atendimento ao público interno (pacientes institucionalizados) e pacientes externos (comunidade) o hospital conta com 738 funcionários contratados em regime de trabalho celetista, profissionais de serviços terceirizados (fisioterapeutas e médicos) e padres e freiras que atuam na instituição em cargos de Diretoria.

#### 4.2 População do Estudo

A população do estudo foi composta por 320 colaboradores, sendo profissionais de nível médio/técnico e superior que prestam assistência aos pacientes internos (pacientes institucionalizados), com assistência direta na longa permanência e indireta, como os coordenadores e gerentes dos serviços. A taxa de resposta foi de 94%. A figura 2 representa a seleção dos participantes do estudo.

Figura 2. Seleção dos participantes do estudo, Goiás, Brasil, 2020.



Fonte: elaborado pela autora

A amostra sofreu perda de 13 (4,3%) participantes devido à pandemia da Covid-19. Dentre eles a equipe de odontologia, maqueiros, radiologia e administração hospitalar, que tiveram seus contratos suspensos ou afastamento médico conforme a Medida Provisória 936/2020.

Os participantes da pesquisa foram divididos em cinco categorias profissionais, conforme mostra o Quadro 4.

Quadro 4. Categorias profissionais de acordo com os departamentos da Instituição (n. 280), Goiás, Brasil, 2020.

Diretoria Clínica	Equipe de Enfermagem	Equipe Multidisciplinar	Equipe de Farmácia	Equipe de Laboratório
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidadores</li> <li>Auxiliares de Enfermagem</li> <li>Técnicos de Enfermagem</li> <li>Enfermeiros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assistente Social</li> <li>Fisioterapeutas</li> <li>Fonoaudiólogos</li> <li>Nutricionistas</li> <li>Profissional de Educação Física</li> <li>Psicólogos</li> <li>Terapeutas Ocupacionais</li> <li>Técnicos de Nutrição</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atendentes de farmácia Farmacêuticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Biomédicos</li> <li>Técnicos de Laboratório</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora, conforme dados do hospital.

### 4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão foram: atuar com prestação de serviço aos pacientes internados na longa permanência, estar há pelo menos um mês trabalhando no hospital com carga horária semanal de pelo menos 20 horas, conforme orientação da autora do instrumento de coleta (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Foram excluídos da pesquisa os colaboradores que estavam ausentes do trabalho durante o período da coleta por motivo de licença médica, licença maternidade e com carga horária inferior a 20 horas semanais. Foram consideradas perdas da coleta os participantes suspensos de suas atividades temporariamente e afastados devido à Medida Provisória 936/2020 em função da pandemia da Covid-19.

#### 4.4 Instrumentos de Coleta de Dados

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: o Questionário de Atitudes de Segurança - SAQ (ANEXO A) e o Questionário Profissiográfico, elaborado pela pesquisadora para identificação do perfil profissiográfico dos colaboradores da instituição (APÊNDICE A).

O SAQ foi validado e adaptado transculturalmente para a língua portuguesa em 2011. A utilização do questionário foi autorizada pela autora (ANEXO C) (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

O SAQ é dividido em duas partes. A primeira parte possui 41 itens que contemplam seis domínios (Clima de Trabalho em Equipe, Clima de Segurança, Satisfação no Trabalho, Percepção do estresse, Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital e Condições de Trabalho). A segunda é composta por dados do profissional (sexo, categoria profissional, tempo de atuação e a unidade de atuação (CARVALHO, 2011).

As respostas a cada uma das questões seguem uma escala Likert de cinco pontos: discordo totalmente (A), discordo um pouco (B), neutro (C), concordo um pouco (D), concordo totalmente e não se aplica (E). A pontuação final do instrumento varia de 0 a 100, onde zero representa a pior percepção do clima de segurança e 100 representa a melhor percepção. Os valores são considerados positivos quando a pontuação total é maior ou igual a 75, indicando boa percepção do clima de segurança pelos profissionais (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Foi elaborado pela pesquisadora o Questionário Profissiográfico para complementar os dados sociodemográficos e laborais dos participantes. Trata-se de um instrumento com perguntas objetivas sobre: idade, sexo, naturalidade, estado civil e cidade de residência. E dados profissionais como: escolaridade, categoria profissional, atuação em cargo de coordenador, tempo de formação profissional, número de vínculos empregatícios, tempo de trabalho na instituição, carga horária semanal e itens relacionados a curso de segurança do paciente, carga horária (APÊNDICE A).

#### 4.5 Procedimento para Coleta de Dados

Para realizar a coleta de dados, inicialmente foi apresentado ao Diretor da instituição o projeto, sendo analisado pelo comitê de ética e pesquisa do local, em seguida elaborada a declaração de instituição coparticipante.

Foi solicitado à equipe de Gestão de Pessoas uma lista com os nomes dos colaboradores e seus respectivos cargos de trabalho, para que a pesquisadora pudesse selecionar a princípio a amostra, categorizada conforme a Tabela 1. Em seguida, foi solicitado aos gestores as escalas de trabalho, as unidades e setores que os participantes estavam locados.

Foi realizada a categorização profissional verificando quais seriam elegíveis para o estudo.

Para a coleta de dados, a pesquisadora contou com o apoio de dois auxiliares de pesquisa, graduandos do último ano do curso de Enfermagem, que receberam treinamento sobre a aplicação dos questionários e (TCLE) Termo de Consentimento Livre Esclarecido, bem como a postura ética durante as abordagens.

Após o treinamento, iniciaram a coleta de dados que ocorreu nos meses de fevereiro a abril de 2020.

Os colaboradores foram abordados durante seu horário de trabalho, sendo convidados a participar do estudo nos momentos em que tivessem disponibilidade, sem necessidade de se deslocar do seu posto de trabalho. Foram apresentados os objetivos do estudo, a importância da pesquisa e a forma de participação a cada trabalhador, individualmente ou em pequenos grupos. Àqueles que concordaram em participar do estudo foi entregue um lápis nº 2, uma caneta, uma borracha, duas vias do TCLE, um questionário do SAQ e um Questionário de Perfil Profissiográfico.

Após assinaturas no TCLE, na qual uma via ficou com o participante e outra de posse do pesquisador, os participantes foram orientados quanto ao preenchimento dos questionários. Iniciou pelo questionário profissiográfico e posteriormente pelo SAQ. A pesquisadora e os auxiliares de pesquisa permaneceram no local para sanar as dúvidas que pudessem surgir durante o preenchimento até a entrega dos questionários finalizados. Ao término do preenchimento era verificado se todos os campos e lacunas estavam preenchidos corretamente, caso contrário, se houvesse esquecimento de algum item o participante era novamente abordado para concluir a pesquisa.

A pesquisadora e os auxiliares orientavam os participantes em caso de dúvidas de como proceder para responder os instrumentos, favorecendo um ambiente tranquilo para o preenchimento dos questionários.

#### 4.6 Variáveis do Estudo

As variáveis definidas como dependente ou de desfecho:

- Cultura de segurança do paciente positiva;
- Escores positivos dos Domínios do SAQ:
  - Clima de Trabalho em Equipe
  - Clima de Segurança
  - Satisfação no Trabalho
  - Percepção do estresse
  - Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital
  - Condições de Trabalho

Foi considerada cultura de segurança do paciente positiva quando o nível geral da cultura de segurança do paciente foi  $\geq$  a 75 pontos (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

As variáveis independentes ou de exposição estão apresentadas no Quadro 5.

Quadro 5. Variáveis independentes ou de exposição, Goiás, Brasil, 2020.

<b>VARIAVEIS INDEPENDENTES OU DE EXPOSIÇÃO</b>		
<b>NOME DA VARIÁVEL</b>	<b>UNIDADE / CATEGORIA</b>	<b>TIPO DE VARIÁVEL</b>
Idade	dd / mm / aa	Qualitativa Ordinal
Sexo	Feminino Masculino	Qualitativa Nominal
Naturalidade	-	Qualitativa Nominal
UF	-	Qualitativa Nominal
Estado civil	Solteiro Casado / União estável Divorciado / Separado Viúvo	Qualitativa Nominal

<b>VARIAVEIS INDEPENDENTES OU DE EXPOSIÇÃO</b>		
<b>NOME DA VARIÁVEL</b>	<b>UNIDADE / CATEGORIA</b>	<b>TIPO DE VARIÁVEL</b>
Cidade de residência	-	Qualitativa Nominal
Escolaridade	Nível Médio Superior Completo Superior incompleto Especialização Mestrado Doutorado	Qualitativa Ordinal
Categoria Profissional	Atendente de Farmácia Auxiliares de Enfermagem Cuidadores Técnicos de Enfermagem Técnicos de Laboratório Técnico de Nutrição Assistente Social Biomédico Enfermeiro Farmacêutico Fonoaudiólogo Fisioterapeuta Médico Nutricionista Psicólogo Profissional de Educação Física Terapeuta Ocupacional	Qualitativa Nominal
Possui cargo de coordenador e/ou gerente?	Sim Não	Qualitativa Nominal
Você é prestador de serviço terceirizado?	Sim Não	Qualitativa Nominal
Tempo de formação profissional	Meses ou ano	Quantitativa Contínua
Nº de vínculos empregatícios	-	Quantitativa Contínua
Tempo de trabalho na instituição	Meses ou ano	Quantitativa Contínua
Tempo de trabalho no setor atual	Meses ou ano	Quantitativa Contínua
Você tem intenção de deixar o trabalho nos próximos 12 meses?	Sim Não	Qualitativa Nominal
Carga horária de trabalho semanal no hospital	-	Quantitativa Contínua
Durante seu curso de formação profissional, a disciplina de segurança do paciente foi ministrada?	Sim Não	Qualitativa Nominal
Você já fez algum curso de segurança do paciente nesta	Sim Não	Qualitativa Nominal

instituição?		
VARIAVEIS INDEPENDENTES OU DE EXPOSIÇÃO		
NOME DA VARIÁVEL	UNIDADE / CATEGORIA	TIPO DE VARIÁVEL
Se sim, qual carga horaria	-	Quantitativa Contínua
Você já fez algum curso de segurança do paciente fora desta instituição?	Sim Não	Qualitativa Nominal
Se sim, qual carga horaria	-	Quantitativa Contínua

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.7 Análise dos Dados

Os dados foram tabulados em uma planilha de Excel – Windows/XP e posteriormente analisados no programa (SPSS, 26,0) *Statistical Package for Social Science*. A normalidade dos dados foi testada por meio do Teste de Kolmogorov-Smirnov. A caracterização do perfil demográfico e profissional foi feita por meio de frequência absoluta (n), frequência relativa (%) para as variáveis categóricas; média e desvio padrão para as variáveis contínuas.

As análises exploratórias do perfil da amostra de acordo com a classificação geral do SAQ foram realizadas por meio de tabelas de contingência aplicando-se os testes do Qui-quadrado de Pearson/Posthoc e teste *t* de *Student*. A associação entre o SAQ e as variáveis exploratórias dicotômicas foram testadas utilizando a razão de prevalência de Mantel-Haenszel. A relação entre as variáveis exploratórias contínuas foi testada por meio da correlação de *Spearman*. A comparação das variáveis exploratórias categóricas com os domínios do SAQ foi realizada por meio do teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, seguido do teste de Nemenyi. Em todas as análises o nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

A análise dos dados obtidos pelo SAQ foi realizada conforme orientação da autora do instrumento na versão brasileira, sendo que as respostas a cada uma das questões seguem uma escala *Likert* de cinco pontos, e a pontuação final varia de 0 a 100, onde zero representa a pior percepção do clima de segurança e 100 representa a melhor percepção. Os valores são considerados positivos quando a pontuação total é maior ou igual a 75, indicando boa percepção do clima de segurança pelos profissionais (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Por fim, calcula-se a soma das respostas dos itens de cada domínio e divide-se o resultado pelo número de itens de cada domínio. Por exemplo, Percepção do Estresse é composto por quatro itens. Se o profissional respondeu, respectivamente para cada uma delas, neutro, concorda parcialmente, neutro e discorda parcialmente, o valor do escore nesse domínio é  $(50+75+50+25)/4=50$  (CARVALHO, 2011).

As questões que possuem negatividade, como a exemplo, a questão 2, 11, 36 serão codificadas de forma reversa, por exemplo, a resposta “discordo totalmente” se torna “concordo totalmente” e assim por diante. Por fim, calcula-se a soma das respostas dos itens de cada domínio e divide-se o resultado pelo número de itens de cada domínio (CARVALHO, 2011).

#### **4.8 Aspectos Éticos**

Este estudo está inserido em um projeto temático: A segurança do paciente, um enfoque na formação e no cuidado, aprovado pelo CEP da PUC Goiás sob nº 1822751, CAAE: 59736216.1.0000.0037 e número de parecer: 3.774.716 conforme (Anexo B, contendo todos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo Seres Humanos conforme Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Antes de aplicar o instrumento, foi entregue para todos os profissionais elegíveis que aceitaram participar da pesquisa uma cópia de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi garantido o anonimato para todos os participantes da pesquisa.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização dos Participantes da Pesquisa

A Tabela 1 representa a categoria profissional e o número dos colaboradores que participaram da pesquisa, contemplando a amostra final.

Tabela 1. Caracterização das categorias profissionais da Instituição que participaram do estudo (n. 280), Goiás, Brasil, 2020.

Categoria profissional	Nº de profissionais	%
Técnicos de Enfermagem	146	52,1%
Cuidadores	35	12,5%
Enfermeiros	17	6,0%
Atendentes de Farmácia	14	5,0%
Terapeutas Ocupacionais	12	4,2%
Fisioterapeutas	09	3,2%
Auxiliares de Enfermagem	07	2,5%
Médicos	07	2,5%
Psicólogos	07	2,5%
Fonoaudiólogos	06	2,1%
Nutricionista	06	2,1%
Técnica de Nutrição	04	1,4%
Assistente Social	03	1,0%
Biomédico	02	0,7%
Farmacêutico	02	0,7%
Técnico de laboratório	02	0,7%
Professor de Educação Física	01	0,3%
Total	280	100%

Fonte: Elaborado pela autora, conforme dados da instituição.

O perfil dos profissionais, conforme a caracterização profissiográfica dos participantes do estudo, está apresentado na Tabela 2. A distribuição por sexo, naturalidade, estado civil e cidade de residência com a percepção do clima de segurança avaliado pelo SAQ foi homogênea.

Tabela 2. Caracterização da percepção e fatores associados ao clima de segurança do paciente conforme o resultado do questionário SAQ (n = 280), Goiás, Brasil, 2020.

	SAQ n (%)		Total	RP (IC-95%)	p
	Negativo 180 (64,3)	Positivo 100 (35,7)			
<i>Média ± Desvio padrão</i>					
<b>Idade (anos)</b>	36,80 ± 10,84	38,63 ± 10,29	37,45 ± 10,67	na	0,16**
<i>n (%)</i>					
<b>Sexo</b>					
Feminino	138 (76,7)	74 (74,0)	212 (75,7)	1,15	0,61*
Masculino	42 (23,3)	26 (26,0)	68 (24,3)	(0,65-2,03)	
<b>Naturalidade</b>					
Goiânia	62 (34,4)	29 (29,0)	91 (32,5)	1,28	0,35*
Outros	118 (65,6)	71 (71,0)	189 (67,5)	(0,75-2,18)	
<b>Situação conjugal</b>					
Com companheiro	87 (48,3)	53 (53,0)	140 (50,0)	0,83	0,45*
Sem companheiro	93 (51,7)	47 (47,0)	140 (50,0)	(0,50-1,35)	
<b>Cidade de residência</b>					
Goiânia	27 (15,0)	21 (21,0)	48 (17,1)		0,26*
Trindade	137 (76,1)	74 (74,0)	211 (75,4)	na	
Outros	16 (8,9)	5 (5,0)	21 (7,5)		
<b>Escolaridade</b>					
Ensino médio	104 (57,8)	46 (46,0)	150 (53,6)		0,01*
Ensino superior	46 (25,6)	20 (20,0)	66 (23,6)	na	
Especialização	28 (15,6)	33 (33,0)†	61 (21,8)		
Mestrado/Doutorado	2 (1,1)	1 (1,0)	3 (1,1)		

\*Qui-quadrado; †*Posthoc*; \*\*Teste *t* de Student; RP = razão de prevalência de Mantel-Haenszel; n = frequência absoluta; % = frequência relativa; na = não se aplica

Fonte: Elaborado pela autora

Da amostra estudada verificou-se diferença significativa quanto à percepção do clima de segurança do paciente em relação à escolaridade. Especificamente 33,0% dos profissionais que apontaram para clima de segurança do paciente positivo possuem especialização.

Tabela 3. Caracterização da percepção e fatores associados ao clima de segurança do paciente conforme o resultado do questionário SAQ (n = 280), Goiás, Brasil, 2020.

	SAQ n (%)		Total	RP (IC-95%)	P
	Negativo 180 (64,3)	Positivo 100 (35,7)			
<b>Tempo de formação profissional</b>	107,84 ± 85,79	116,74 ± 89,36	111,06 ± 87,04	na	0,40**
<b>Tempo de trabalho nesta instituição</b>	95,54 ± 90,51	105,32 ± 101,00	99,03 ± 94,32	na	0,55**
<b>Tempo de trabalho no setor</b>	76,58 ± 76,19	77,04 ± 79,49	76,75 ± 77,24	na	0,72**
<i>n (%)</i>					
<b>Unidades de Atuação principal</b>					
Adulto	47 (28,1)	21 (21,6)	68 (25,8)		
Ambos	118 (70,7)	74 (76,3)	192 (72,7)	na	0,45*
Pediatria	2 (1,2)	2 (2,1)	4 (1,5)		
<b>Departamento</b>					
Diretoria clínica	2 (1,1)	5 (5,0)†	7 (2,5)		
Enfermagem	137 (76,1)†	61 (61,0)	198 (70,7)		
Equipe Multidisciplinar	30 (16,7)	25 (25,0)	55 (19,6)	na	<b>0,03*</b>
Farmácia	10 (5,6)	6 (6,0)	16 (5,7)		
Laboratório	1 (0,6)	3 (3,0)	4 (1,4)		
<b>Categoria profissional</b>					
Enfermagem	140 (77,8)	65 (65,0)	205 (73,2)		
Equipe de apoio	14 (7,8)	10 (10,0)	24 (8,6)	na	0,06*
Equipe multidisciplinar	24 (13,3)	20 (20,0)	44 (15,7)		
Médico	2 (1,1)	5 (5,0)	7 (2,5)		
<b>Cargo de Coordenador/Gerente</b>					
Não	174 (96,7)	91 (91,0)	265 (94,6)	2,86 (1,10-8,30)	<b>0,04*</b>
Sim	6 (3,3)	9 (9,0)	15 (5,4)		
<b>Prestador de serviço</b>					
Não	176 (97,8)	96 (96,0)	272 (97,1)	1,83 (0,44-7,49)	0,39*
Sim	4 (2,2)	4 (4,0)	8 (2,9)		
<b>Nª de vínculos empregatícios</b>					
1	130 (72,2)	70 (70,0)	200 (71,4)	1,11 (0,65-1,90)	0,69*
2 a 5	50 (27,8)	30 (30,0)	80 (28,6)		
<b>Intenção de sair</b>					
Não	165 (91,7)	97 (97,0)	262 (93,6)	0,34 (0,09-1,20)	0,08*
Sim	15 (8,3)	3 (3,0)	18 (6,4)		
<b>Carga horária semanal</b>					
20 a 40	30 (16,7)	36 (36,0)	66 (23,6)	0,35 (1,20-1,62)	<b>&lt;0,01*</b>
42 a 60	150 (83,3)	64 (64,0)	214 (76,4)		

Continuação: Tabela 3. Caracterização da percepção e fatores associados ao clima de segurança do paciente conforme o resultado do questionário SAQ (n = 280), Goiás, Brasil, 2020.

	SAQ n (%)		Total	RP (IC-95%)	P
	Negativo 180 (64,3)	Positivo 100 (35,7)			
<b>Área clínica</b>					
Farmácia	7 (3,9)	4 (4,0)	11 (3,9)		
Unidade Cirúrgica	10 (5,6)	3 (3,0)	13 (4,6)	na	0,62*
Unidades de internação	163 (90,6)	93 (93,0)	256 (91,4)		

\*Qui-quadrado; †*Posthoc*; \*\*Teste *t* de Student; RP = razão de prevalência de Mantel-Haenszel; n = frequência absoluta; % = frequência relativa; na = não se aplica

Fonte: Elaborado pela autora

O tempo de formação profissional dos participantes foi de nove anos, sendo oito anos a média de tempo de trabalho na instituição e seis anos de atuação no mesmo setor. A maioria dos participantes (72,7%) atuam nas unidades adulto e infantil.

Houve associação significativa entre os participantes com cargo de coordenador/gerente com a percepção positiva do SAQ, ou seja, os profissionais que possuem esses cargos avaliaram positivamente o clima de segurança. Existe associação de escore negativo com carga horária elevada, ou seja, 150 (83,3%) dos profissionais que avaliaram o clima de segurança como negativo tem carga horária superior a 40 horas semanais.

Tabela 4. Caracterização da percepção e fatores associados ao clima de segurança do paciente conforme o resultado do questionário SAQ (n = 280), Goiás, Brasil, 2020

	SAQ n (%)		Total	RP (IC-95%)	p
	Negativo 180 (64,3)	Positivo 100 (35,7)			
<b>Formação em segurança do paciente</b>					
Não	97 (53,9)	39 (39,0)	136 (48,6)	1,28	<b>0,02</b>
Sim	83 (46,1)	61 (61,0)	144 (51,4)	(1,74-2,22)	
<b>Curso de segurança do paciente na instituição</b>					
Não	56 (31,1)	26 (26,0)	82 (29,3)	1,28	0,36
Sim	124 (68,9)	74 (74,0)	198 (70,7)	(0,74-1,22)	
<b>Carga horária do curso</b>					
1 a 10 horas	58 (47,2)	46 (67,6)	104 (54,5)	2,34	<b>0,02</b>
> 10 horas	65 (52,8)	22 (32,4)	87 (45,5)	(1,26-4,35)	
<b>Curso de segurança do paciente fora</b>					
Não	124 (68,9)	69 (69,0)	193 (68,9)	0,99	0,98
Sim	56 (31,1)	31 (31,0)	87 (31,1)	(0,58-1,03)	
<b>Carga horária do curso (fora)</b>					
1 a 10 horas	26 (46,4)	15 (53,6)	41 (48,8)	1,33	0,80
> 10 horas	30 (53,6)	13 (46,4)	43 (51,2)	(0,53-3,10)	

\*Qui-quadrado; †*Posthoc*; \*\*Teste *t* de Student; RP = razão de prevalência de Mantel-Haenszel; n = frequência absoluta; % = frequência relativa; na = não se aplica

Fonte: Elaborado pela autora

Os participantes que tiveram a disciplina em segurança do paciente durante sua formação profissional apresentaram uma associação positiva à percepção do clima de segurança. Também houve associação entre os participantes que afirmaram ter participado de cursos em segurança do paciente na instituição com carga horária menor que 10 horas e avaliação positiva do clima de segurança.

## 5.2 Análise do SAQ

O escore médio geral do SAQ foi de 69,8 pontos (dp  $\pm$  10,6), indicando que a percepção do clima de segurança é negativa. O questionário total apresentou Alfa de Cronbach de 0,78, sugerindo boa confiabilidade e consistência interna.

Como mostra a tabela 5, os domínios do SAQ apresentaram escores negativos, com exceção do domínio Satisfação no Trabalho com média 88,4 pontos (dp  $\pm$  13,0) o que indica visão positiva do local de trabalho.

Tabela 5. Análise descritiva dos escores geral e por domínios do SAQ (n = 280), Goiás, Brasil, 2020

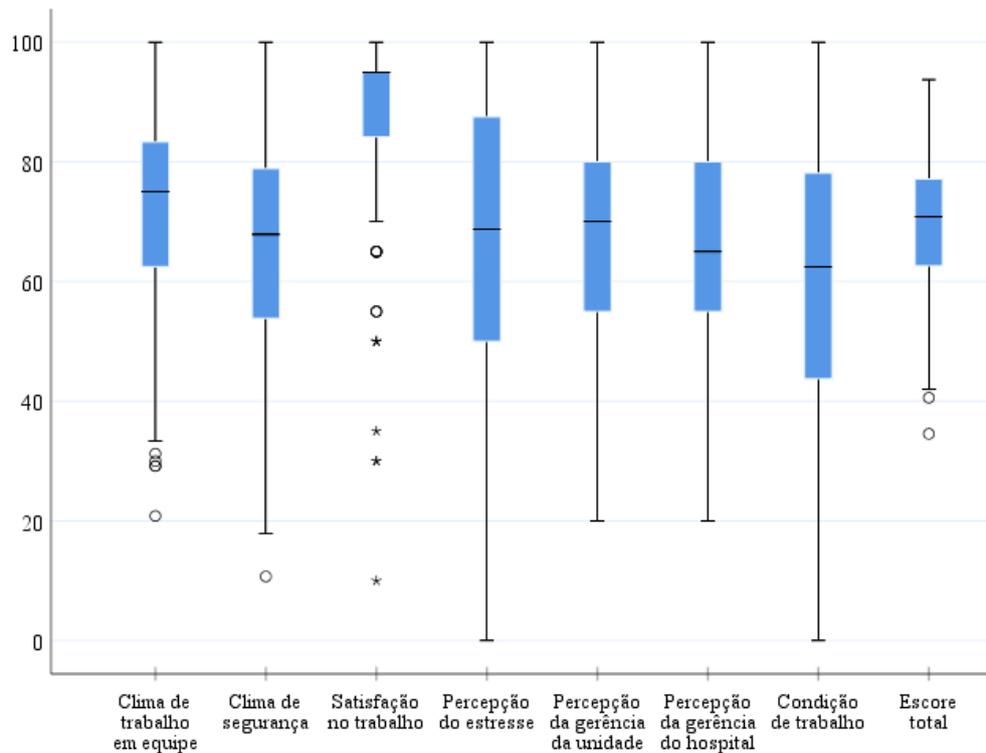
Domínios do SAQ	Média $\pm$ DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
Clima de trabalho em equipe	72,94 $\pm$ 16,23	75,00	20,83	100,00	0,44
Clima de segurança	66,72 $\pm$ 17,55	67,86	10,71	100,00	0,58
Satisfação no trabalho	88,40 $\pm$ 13,03	95,00	10,00	100,00	0,61
Percepção do estresse	67,02 $\pm$ 26,23	68,75	0,00	100,00	0,69
Percepção da gerência da unidade	67,72 $\pm$ 17,84	70,00	20,00	100,00	0,67
Percepção da gerência do hospital	65,15 $\pm$ 17,20	65,00	20,00	100,00	0,68
Condição de trabalho	60,74 $\pm$ 23,81	62,50	0,00	100,00	0,61
Escore geral	69,81 $\pm$ 10,68	70,81	34,55	93,75	0,78

DP = desvio padrão

Fonte: Elaborado pela autora

A Figura 3 representa um gráfico Boxplot informativo que indica uma simetria e dispersão na amostra. Os valores da mediana e os intervalos interquartis estão representados no gráfico. Os dados discrepantes estão representados por <sup>o</sup>, que para cada distribuição ficaram abaixo da mediana, os \* representam mais extremidade da amostra, como é o caso da satisfação no trabalho. Há evidência que existem quatro pessoas extremamente insatisfeitas com o trabalho, porém esse dado não foi significativo.

Figura 3. Gráfico Boxplot demonstrando a tendência central, simetria e dispersão do questionário SAQ (n = 280), Goiás, Brasil, 2020



Fonte: Elaborado pela autora

A Tabela 6 representa a análise exploratória global de todos os domínios do SAQ com o perfil demográfico. O clima de trabalho em equipe e o clima de segurança apresentaram uma diferença significativa com o sexo, assim como a escolaridade em nível de especialização com a percepção da gerência da unidade. Não houve diferença significativa entre os escores do SAQ e o estado civil e cidade de residência.

Quanto ao perfil profissional houve uma diferença significativa nos escores de satisfação no trabalho, percepção do estresse e percepção da gerência da unidade no departamento da diretoria clínica e laboratório. A percepção do estresse e a percepção da gerência da unidade apresentaram uma diferença significativa com a categoria profissional dos médicos. A área de atuação e a área clínica não apresentaram diferença significativa entre os escores do SAQ.

Tabela 6. Resultado da comparação do perfil demográfico com os domínios do questionário SAQ (n = 280), Goiás, Brasil, 2020.

	Clima de trabalho em equipe	Clima de segurança	Satisfação no trabalho	Percepção do estresse	Percepção da gerência da unidade	Percepção da gerência do hospital	Condição de trabalho	Escore total
<b>Sexo*</b>	<b>p=0,001</b>	<b>p=0,04</b>	p=0,32	p=0,28	p=0,73	p=0,19	p=0,17	p=0,16
Feminino	71,37 ± 16,63	65,57 ± 17,71	87,70 ± 13,97	66,07 ± 26,40	67,87 ± 18,01	65,78 ± 17,12	59,35 ± 24,47	69,10 ± 10,62
Masculino	77,83 ± 13,96	70,31 ± 16,67	90,57 ± 9,23	69,98 ± 25,64	67,28 ± 17,42	63,21 ± 17,45	65,10 ± 21,17	72,04 ± 10,65
<b>Escolaridade**</b>	p=0,07	p=0,85	p=0,11	p=0,57	<b>p=0,02</b>	p=0,40	p=0,96	p=0,07
Ensino médio	70,76 ± 16,49	66,45 ± 17,23	87,88 ± 13,55	65,14 ± 26,55	66,81 ± 18,48	63,99 ± 18,17	60,44 ± 25,18	68,78 ± 11,00
Ensino superior	74,56 ± 18,12	66,38 ± 19,18	86,38 ± 13,62	69,38 ± 26,07	64,09 ± 17,35	64,87 ± 16,84	60,86 ± 23,87	69,50 ± 10,62
Especialização	76,42 ± 12,76	67,99 ± 16,87	91,60 ± 10,68	68,61 ± 25,52	73,53 ± 15,65	67,93 ± 15,15	61,68 ± 19,66	72,54 ± 9,54
Mestrado/Doutorado	75,00 ± 11,02	61,90 ± 16,88	93,33 ± 5,77	76,39 ± 33,94	75,00 ± 15,00	73,33 ± 12,58	54,17 ± 40,18	72,73 ± 14,03
<b>Departamento*</b>	p=0,28	p=0,50	<b>p=0,001</b>	<b>p=0,03</b>	<b>p=0,01</b>	p=0,08	p=0,39	<b>p=0,03</b>
Diretoria clínica	78,57 ± 16,74	62,59 ± 17,83	90,00 ± 7,07	93,75 ± 10,83	84,29 ± 13,36	80,00 ± 16,58	61,61 ± 23,63	78,69 ± 9,10
Enfermagem	71,97 ± 16,40	66,94 ± 17,81	87,96 ± 12,85	66,12 ± 26,62	66,55 ± 17,65	63,41 ± 18,02	60,06 ± 24,63	69,00 ± 10,71
Equipe Multidisciplinar	75,59 ± 14,11	68,00 ± 15,29	93,00 ± 6,90	65,83 ± 25,55	72,05 ± 15,66	68,25 ± 13,02	62,88 ± 19,70	72,23 ± 8,29
Farmácia	70,91 ± 21,33	59,26 ± 22,26	75,31 ± 22,69	72,66 ± 22,16	57,81 ± 21,13	69,69 ± 16,98	56,64 ± 28,05	66,04 ± 15,51
Laboratório	82,29 ± 5,24	75,15 ± 6,63	96,25 ± 2,50	58,33 ± 31,18	76,88 ± 20,55	65,00 ± 12,62	80,21 ± 10,28	76,30 ± 1,72
<b>Categoria profissional**</b>	p=0,23	p=0,71	p=0,06	<b>p=0,02</b>	<b>p=0,001</b>	p=0,06	p=0,99	p=0,06
Enfermagem	71,96 ± 16,37	66,86 ± 17,80	88,13 ± 12,70	66,61 ± 26,79	66,60 ± 17,35	63,64 ± 17,80	60,17 ± 24,54	69,14 ± 10,62
Equipe de apoio	74,46 ± 18,85	63,27 ± 19,41	81,82 ± 20,70	65,97 ± 24,72	61,60 ± 21,23	67,85 ± 16,53	62,50 ± 25,20	68,21 ± 13,54
Equipe multidisciplinar	75,74 ± 13,79	68,59 ± 15,40	92,95 ± 7,32	65,25 ± 24,37	73,65 ± 16,25	68,38 ± 13,06	62,31 ± 19,91	72,41 ± 8,54
Médico	78,57 ± 16,74	62,59 ± 17,83	90,00 ± 7,07	93,75 ± 10,83	84,29 ± 13,36	80,00 ± 16,58	61,61 ± 23,63	78,69 ± 9,10

\*Mann-Whitney; \*\*Kruskal-Wallis

Fonte: Elaborado pela autora

A Tabela 7 representa escores favoráveis ao clima de segurança para os profissionais que possuem cargo de coordenador/gerente, com dois vínculos empregatícios, com carga horária até 40 horas e com cursos de formação em segurança do paciente.

Ter cursos de formação em segurança do paciente apresentou diferença significativa na percepção da gerência do hospital, condição de trabalho e escore total do SAQ, ou seja, a percepção ao clima de segurança é favorável. O escore clima de segurança apresentou diferença significativa com cursos ministrados na instituição. Não houve diferença significativa entre os escores do SAQ e ser prestador de serviço terceirizado e ter feito curso de segurança do paciente fora da instituição.

Tabela 7. Resultado da comparação da formação e atuação profissional com os domínios do questionário SAQ (n = 280), Goiás, Brasil, 2020.

	Clima de trabalho em equipe	Clima de segurança	Satisfação no trabalho	Percepção do estresse	Percepção da gerência da unidade	Percepção da gerência do hospital	Condição de trabalho	Escore total
<b>Cargo de Coordenador/ Gerente*</b>	$p=0,12$	$p=0,21$	$p=0,03$	$p=0,91$	$p=0,07$	$p=0,08$	$p=0,21$	$p=0,03$
Não	72,60 ± 16,36	66,35 ± 17,69	88,04 ± 13,23	67,08 ± 25,96	67,25 ± 18,01	64,77 ± 17,25	60,26 ± 23,89	69,48 ± 10,72
Sim	78,89 ± 12,94	73,21 ± 13,78	94,67 ± 6,11	65,83 ± 31,59	76,00 ± 12,28	72,00 ± 15,33	69,31 ± 21,11	75,70 ± 8,25
<b>Nª de vínculos empregatícios**</b>	$p=0,16$	$p=0,03$	$p=0,05$	$p=0,92$	$p=0,53$	$p=0,54$	$p=0,34$	$p=0,38$
1	71,84 ± 16,42	65,57 ± 17,80	87,28 ± 14,26	67,23 ± 26,42	67,90 ± 18,13	64,68 ± 17,51	60,31 ± 24,49	69,26 ± 11,06
2	76,11 ± 15,50	71,76 ± 15,96	92,12 ± 8,06	66,02 ± 26,39	66,56 ± 16,50	65,58 ± 17,65	63,28 ± 23,21	71,63 ± 9,59
3 a 5	73,91 ± 15,93	60,90 ± 17,24	87,50 ± 10,49	68,36 ± 24,49	70,10 ± 20,06	69,38 ± 10,31	55,99 ± 16,38	69,45 ± 9,72
<b>Carga horária semanal*</b>	$p=0,01$	$p=0,23$	$p=0,01$	$p=0,99$	$p=0,001$	$p=0,01$	$p=0,09$	$p=0,001$
20 a 40	77,07 ± 13,35	69,53 ± 14,83	92,73 ± 6,79	67,39 ± 25,42	75,33 ± 15,88	70,44 ± 13,93	65,72 ± 19,43	74,03 ± 8,41
42 a 60	71,66 ± 16,85	65,85 ± 18,26	87,06 ± 14,16	66,90 ± 26,53	65,38 ± 17,79	63,53 ± 17,81	59,21 ± 24,84	68,51 ± 10,99
<b>Formação em segurança do paciente*</b>	$p=0,89$	$p=0,29$	$p=0,18$	$p=0,46$	$p=0,30$	$p=0,04$	$p=0,001$	$p=0,01$
Não	73,08 ± 15,86	65,74 ± 17,74	87,24 ± 14,13	66,41 ± 25,05	66,91 ± 17,02	63,19 ± 16,31	56,28 ± 24,39	68,41 ± 10,80
Sim	72,80 ± 16,63	67,64 ± 17,39	89,49 ± 11,83	67,59 ± 27,36	68,50 ± 18,61	67,01 ± 17,87	64,96 ± 22,52	71,14 ± 10,43
<b>Curso de segurança do paciente na instituição*</b>	$p=0,87$	$p=0,01$	$p=0,19$	$p=0,94$	$p=0,85$	$p=0,91$	$p=0,38$	$p=0,28$
Não	72,62 ± 17,27	63,28 ± 16,60	87,01 ± 14,40	66,57 ± 27,05	68,14 ± 18,89	65,82 ± 15,35	58,89 ± 24,41	68,90 ± 10,98
Sim	73,07 ± 15,83	68,14 ± 17,78	88,97 ± 12,41	67,20 ± 25,94	67,55 ± 17,43	64,88 ± 17,95	61,51 ± 23,57	70,19 ± 10,56

\*Mann-Whitney; \*\*Kruskal-Wallis

Fonte: Elaborado pela autora

## 6 DISCUSSÃO

Estudos sobre a cultura de segurança podem nortear as intervenções na busca pela qualidade dos serviços de saúde. A cada dia aumentam as pesquisas que buscam avaliar a Cultura de Segurança de uma organização de saúde, já que se trata de um assunto atual e de grande impacto para os pacientes e instituições (CARVALHO *et al.*, 2017). A taxa de participação neste estudo foi considerada representativa e satisfatória, uma vez que todos os envolvidos na pesquisa se dedicaram e mostraram seu comprometimento durante as abordagens.

A persistência da equipe de pesquisa durante a aplicação dos questionários foi evidente nessa resposta final, respeitando os horários e momentos de cada participante e fazendo com que os mesmos compreendessem a importância do estudo e o quanto seus resultados promoverão ações futuras de melhorias na qualidade assistencial e na segurança dos pacientes internados.

O envolvimento de equipe multidisciplinar para compor a amostra deste estudo, assim como em outros estudos (OLIVEIRA *et al.*, 2018; MAGALHÃES *et al.*, 2019), fortalece os resultados encontrados, por ampliar a percepção quanto ao clima de segurança.

Quanto ao perfil da amostra, as equipes assistenciais foram as que mais representaram em relação a área administrativa e gestão. Essa distribuição é compatível com o quantitativo de profissionais por área de atuação, pois o número de colaboradores que trabalham à área administrativa e na gestão é substancialmente menor que o número daqueles que trabalham na assistência (CARVALHO *et al.*, 2019). É importante salientar que a participação das três esferas de atuação é indispensável para a avaliação da cultura de segurança, a qual é construída e sustentada pelos valores de todos os profissionais, o que inclui desde a alta liderança até as áreas que não estão diretamente ligadas à assistência, conforme descrito no PNSP (BRASIL, 2013b).

O tempo médio de preenchimento do SAQ é de aproximadamente 15 min (SEXTON *et al.*, 2006), porém foi notado que os participantes de nível médio apresentaram maior dificuldade de preenchimento, apresentando dúvidas que foram esclarecidas e exemplificadas, como “ O moral nesta área é alto”, esclarecendo que se referia à disposição e ânimo das pessoas.

Neste estudo houve a prevalência de profissionais do sexo feminino (212 - 75,7%), assim foi verificado pelo estudo de Castilho *et al.* (2020). Essa é uma característica cultural relacionada a construção dos papéis sexuais, que muitas vezes direcionavam as escolhas profissionais, envolvendo o papel do cuidar condicionado ao sexo feminino (PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2006).

A presença de mulheres nos cuidados de saúde, em especial na equipe de Enfermagem, é uma característica da profissão, fato encontrado em estudos nacionais (OLIVEIRA *et al.*, 2018) e internacionais (JEONG *et al.*, 2019). A prevalência de profissionais da equipe de Enfermagem (205 - 73,2%) também é encontrada em outros estudos (CARVALHO *et al.*, 2019; MAGALHÃES *et al.*, 2019).

Essa evidência pode ser explicada pelo fato de que esta categoria profissional é a que mais representa as organizações de saúde. Por essa representatividade tão significativa nas organizações de saúde, é comum encontrar nos estudos a percepção do clima de segurança desfavorável pela equipe de Enfermagem (LIRA *et al.*, 2020), como evidenciado neste estudo, com uma associação negativa entre os escores do SAQ e os profissionais da Enfermagem (137 - 76,1%). Este achado está relacionado ao tipo de serviço executado por esta categoria, que geralmente é a única envolvida de forma direta e contínua ao paciente, com cargas excessivas de trabalho, sobrecargas de funções e com condições de trabalho desfavoráveis.

Trata-se de um sinal de alerta para a realidade da cultura de segurança da instituição, uma vez que são profissionais responsáveis pelo contato direto e contínuo aos pacientes, que permanecem na instituição diuturnamente, representam o elo entre os integrantes da equipe multidisciplinar e são os principais responsáveis pela continuidade do cuidado dos pacientes (GOLLE *et al.*, 2018).

Neste estudo, esta categoria profissional representa a única que envolve diretamente na assistência ao paciente em um contexto particular de alta dependência devido ao perfil dos pacientes. É a equipe de Enfermagem que exerce funções relacionadas às necessidades humanas básicas, como banho, refeição, trocas, dentre outras, não sendo somente uma assistência voltada ao cuidado terapêutico medicamentoso ou com procedimentos específicos da profissão.

A equipe de Enfermagem é a maior do hospital, deve se ter olhar atento a este grupo, pois estão diretamente com o paciente, em toda execução de atividades básicas e diárias. Essa equipe precisa se sentir integrante e importante nesse processo de construção de melhorias na assistência, para que se sintam

empoderados e participativos nas tomadas de decisões que envolvem a assistência de enfermagem, com correto dimensionamento de equipe. Para isso faz-se necessário que os gestores reconheçam e valorizem suas potencialidades, agregando-os a equipe como membros participativos do processo, que seja nas reuniões, discussões de casos, tomadas de decisões, para que sensibilizem desde a equipe que está à frente do cuidado, com intuito de oferecer atenção segura e de qualidade (REIS *et al.*, 2019).

Muitos desses profissionais fazem parte da história da instituição há mais de 20 anos, eles desejam continuar, porém o tipo de execução de trabalho e a carga horária semanal de trabalho afeta o desempenho na qualidade da assistência, que gera erros e eventos adversos. Logo, é pertinente o dimensionamento adequado, com vistas ao grau de dependências dos pacientes, já que a assistência é mediante as necessidades humanas básicas e que são executadas a todos os pacientes. Com um quantitativo adequado de profissionais de enfermagem é possível adequar, melhorar a assistência dentro das recomendações e legislações, com vistas a aprimorar a qualidade e segurança aos pacientes.

A maioria dos profissionais (200 - 71,4%) não possuía outro vínculo empregatício, contudo essa informação não apresenta relevância significativa ao escore do SAQ. Esses dados corroboram com outros estudos (DORIGAN; GUIRARDELLO, 2017; MAGALHÃES *et al.*, 2019). Um estudo apresentou que os profissionais que possuíam outros vínculos empregatícios não obtiveram avaliação positiva ao clima de segurança (BARBOSA, MARIA HELENA *et al.*, 2016).

A carga horária de 20 a 40 horas semanais apresentou diferença significativa com escore positivos em relação a quase todos os domínios do SAQ, como clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gerência da unidade e do hospital e com escore geral do instrumento. Isso evidencia que os profissionais que possuem menor carga horária se apresentam favoráveis à avaliação do clima de segurança do paciente. Carga horária exaustiva e excessiva faz com que muitos profissionais não promovam uma cultura de segurança eficiente.

O escore geral do SAQ encontrado nesta pesquisa foi de 69,8 pontos, o que representa uma percepção negativa do clima de segurança. Outros estudos que aplicaram o mesmo instrumento obtiveram resultados semelhantes (CARVALHO *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2018; CARVALHO *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2019; CASTILHO *et al.*, 2020; FASSARELLA *et al.*, 2020). O clima de segurança apresenta

um resultado matemático que expressa como os membros da organização percebem as normas idealizadas pelos seus gestores (KLEMENC-KETIS *et al.*, 2017). Medir o clima de segurança nos cuidados de saúde é um ponto importante na criação de um ambiente de trabalho confiável, com vistas à redução dos incidentes (KRISTENSEN *et al.*, 2015).

Esses achados sugerem que a organização deve voltar seus olhares para a promoção de um clima de segurança, promovendo a integração entre suas equipes, com foco na promoção da qualidade e segurança do paciente, incluindo a redução da ocorrência de eventos adversos. A análise de cada domínio do clima de segurança favorece uma compreensão mais aprofundada dos fatores intervenientes e permite o direcionamento de ações para áreas específicas.

Muitas lacunas do conhecimento perpassam o estudo da temática, tais como as poucas informações acerca da cultura de segurança entre os profissionais, a pouca mensuração dos tipos de incidentes ocorridos nesse nível de atenção, a escassez de estratégias para abordagem e sensibilização da temática e de instrumentos para investigações desse cunho (MESQUITA *et al.*, 2016). Anseia-se que esta pesquisa suscite a elaboração de novos estudos sobre a temática, de maneira que possam ser construídas novas estratégias de sensibilização e divulgação da prática entre os profissionais em todos os âmbitos da assistência à saúde.

Neste estudo, apenas o domínio satisfação no trabalho apresentou escore positivo, com média de 88,40 pontos ( $dp \pm 13,0$ ), refletindo fator positivo entre os trabalhadores e favorável à segurança do paciente. A maioria dos estudos nacionais (SILVA *et al.*, 2019; KOLANKIEWICZ *et al.*, 2020) e internacionais (GÖRAS *et al.*, 2017; INOUE; KARIMA; HARADA, 2017) constataram valores positivos para o domínio satisfação no trabalho, corroborando com os resultados deste estudo. Esta avaliação positiva reflete as atitudes positivas da pessoa e em relação ao outro e está inserido no que diz respeito à produtividade, saúde e bem-estar e satisfação de vida. O desempenho profissional com boa evidência, conseqüentemente, fortalece a cultura de segurança e a redução de eventos adversos (ALVES; GUIRARDELLO, 2016).

A satisfação no trabalho se refere ao engajamento que os profissionais têm com seu local de trabalho, o quanto encontram significado e propósito, um papel fundamental para os líderes eficazes. Para o Instituto em Melhoria da Saúde (IHI) *Institute of Healthcare Improvement* a alegria no trabalho é uma oportunidade subutilizada e de alta alavancagem para criar ambientes favoráveis ao trabalho.

Trabalhar com alegria melhora a experiência, os resultados e a segurança do paciente, bem como a eficácia e produtividade organizacional (PERLO J. *et al.*, 2017).

A satisfação do trabalho está relacionada com as condições de trabalho nas instituições, saúde do trabalhador, bem como as relações entre as equipes, fazendo com que o ambiente se torne mais humanizado, o que refletirá na assistência prestada ao paciente (TOSO *et al.*, 2016). A equipe do laboratório, seguido da equipe multidisciplinar, diretoria clínica, Enfermagem e farmácia possuem escore maior no domínio de satisfação no trabalho, assim como as pessoas que possuem cargos de coordenador/gerentes, com carga horária de até 40 horas semanais.

Resultados como este que apresentam a satisfação no trabalho incidem sobre a produtividade, função do seu papel, absenteísmo, rotatividade, cidadania organizacional, satisfação na vida, saúde e bem-estar. Estar satisfeito com o local de trabalho favorece atitudes positivas consigo e com os outros e contribui para maior participação do profissional em seu ambiente laboral (PAVAN *et al.*, 2019).

O escore positivo do domínio satisfação no trabalho indica que as pessoas gostam do seu local de trabalho, compreendem que o ambiente é favorável para executar suas funções, se sentem bem, mas em contrapartida domínios como “Clima de Trabalho em Equipe” e “Condições de Trabalho” apresentaram escores negativos. Isso leva a uma discordância, como ser satisfeito com o trabalho, embora ele não ofereça condições de trabalho adequadas. Vale ressaltar que essa discordância, a princípio, está muito relacionada com processos que são falhos e que acabam interferindo no processo final.

Assim é necessário que ocorram investidas em melhorias na comunicação entre as equipes, para que os profissionais estabeleçam a confiança entre si e em seus gestores, que todos recebam retornos apropriados sobre a execução do seu trabalho que garantirá uma melhoria no clima de segurança do paciente.

O clima de trabalho em equipe” apresentou escore de 72,9 pontos (dp  $\pm$  16,2), próximo ao que é considerado favorável; isso está ligado diretamente aos relacionamentos entre as equipes, com harmonia e cooperação uns com os outros. Outros estudos também evidenciaram pontuações próximas neste domínio com 72,60 pontos (KNIHS *et al.*, 2020) e 73,50 pontos (PAGANI; CROZETA; CRISIGIOVANNI, 2019).

Esse domínio avalia a qualidade do relacionamento e a colaboração que os profissionais têm entre si. As equipes são multiprofissionais, fato que demonstra que

relações saudáveis proporcionam ambientes seguros e o quanto se interagem para que o cuidado de saúde aconteça. Um critério para que o clima de trabalho em equipe seja satisfatório é a comunicação eficaz entre as gerências e demais membros da equipe, com a intenção de proporcionar compreensão das atividades, garantindo motivação e colaboração dos profissionais (GOLLE *et al.*, 2018).

Houve diferença significativa entre o sexo masculino e percepção positiva do clima de trabalho em equipe. Acredita-se que este fato pode estar relacionado com o tipo de comportamento que os homens têm à frente do trabalho. Os homens se envolvem menos em assuntos que não competem ao trabalho, ao contrário da mulher, que se envolve mais em assuntos externos que podem fazer com que as relações entre as equipes fiquem abaladas.

Profissionais que atuam com carga horária semanal de até 40 horas também tiveram uma percepção positiva do domínio clima de trabalho em equipe.

A percepção do domínio clima de segurança encontrada neste estudo foi negativa. Escores semelhantes também foram constatados em outros estudos com 68,70 pontos (PAGANI; CROZETA; CRISIGIOVANNI, 2019) e 68,87 pontos (LIRA *et al.*, 2020). O clima de segurança desfavorável deve promover uma mudança de pensamento nos gestores, para que invistam em uma nova cultura de segurança institucional. São necessárias ações como o incentivo dos profissionais ao reconhecimento do erro e o quanto se pode aprender com os mesmos, melhorar o sistema de notificação de eventos adversos, que podem alertar quais os possíveis pontos de melhorias, no sentido de obter maior segurança na assistência ao paciente (PAVAN *et al.*, 2019).

O clima de segurança reflete o retorno que as equipes recebem quanto ao seu desempenho no trabalho, promovido por interações entre as equipes. Além disso, está diretamente ligado à percepção dos profissionais frente ao erro e como esse evento é conduzido dentro da instituição. Esse achado compreende que as relações das equipes precisam ser fortalecidas e respeitadas. É um domínio que não depende exclusivamente da gestão ou da proposta de trabalho, mas é uma percepção individual e subjetiva que cada participante tem. O clima de segurança varia de pessoa a pessoa, com o momento em que está vivendo sua vida (TOSO *et al.*, 2016).

O clima de segurança apresentou escore maior em relação ao sexo masculino, número de vínculos empregatícios (dois) e a participação de cursos sobre segurança do paciente na instituição. Este dado pode indicar a percepção em relação ao tipo de

trabalho exercido na instituição, que é diferente de outros contextos hospitalares e ao tipo de assistência prestada aos pacientes internados. A despeito da importância que o sistema de notificação possui no cenário do aprendizado sobre segurança do paciente, há poucas notificações de eventos adversos ou desconhecimento das equipes em notificar.

A percepção positiva para os profissionais que apresentaram dois vínculos empregatícios e o domínio do clima de segurança está relacionada ao tipo de trabalho executado, sendo que muitos, ao trabalhar em outro hospital, podem exercer a mesma função em atividades diferentes. Isso acontece devido ao perfil dos pacientes da instituição de estudo, que são mais dependentes, com necessidades assistenciais mais básicas, ao contrário de outros vínculos que podem exercer uma assistência com maior complexidade.

A baixa pontuação identificada neste estudo no domínio da percepção do estresse também foi encontrada em outros estudos (TONDO; GUIRARDELLO, 2017), em instituições filantrópicas (TOSO *et al.*, 2016), privadas (GOLLE *et al.*, 2018) e hospital de ensino (DORIGAN; MINGATO; GUIRARDELLO, 2020).

Este domínio trata da percepção do profissional em relação às habilidades, reconhecimento de quanto os fatores estressores podem influenciar o trabalho do profissional no seu dia a dia. Contudo, este achado demonstra que os profissionais não reconhecem que situações estressantes influenciam diretamente no cuidado ao paciente, diferente do encontrado em organizações de alta confiabilidade como as empresas de aviação (CHASSIN; LOEB, 2011). Sabe-se que o ambiente hospitalar proporciona situações de estresse, desde a carga horária excessiva, jornadas exaustivas e duplos empregos.

A percepção do estresse apresentou diferença significativa entre os departamentos e categoria profissional, principalmente entre os médicos e demais profissionais. Este dado está muito relacionado ao tipo de trabalho, ao cansaço, às dificuldades de realizar a função, às frustrações, ansiedade, desamparo, desmotivação, o que pode ocasionar falhas na assistência em saúde e eventos adversos (BARBOSA, MARIA HELENA *et al.*, 2016).

A percepção do estresse pelos profissionais deve ter olhar atento dos gestores. Estratégias que garantam a saúde dos trabalhadores devem ser urgentemente revistas com medidas de motivação, reconhecimento e valorização dos profissionais,

ainda visto que existe uma diferença na percepção do clima entre os médicos e demais profissionais.

Observou-se fragilidade no domínio de percepção da gerência da unidade e do hospital. Essa percepção negativa das gerências podem indicar evidências da distância entre as equipes e seus gestores, assim como a necessidade de apoio da direção no que se refere à segurança do paciente que culminará em ações que favorecerão a cultura de segurança e a qualidade da assistência aos pacientes (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Constatar um clima de segurança desfavorável para uma instituição de longa permanência, onde o paciente internado é mais vulnerável devido às suas condições clínicas, vem demonstrar relevância do papel da gestão hospitalar na melhoria dos processos. O planejamento de ações voltadas para a melhoria do ambiente de trabalho fortalecerá a cultura organizacional e a assistência mais segura aos pacientes e colaboradores, com o mínimo de eventos adversos.

Segundo Baratto *et al.* (2016), para que haja um cuidado seguro é necessário a construção de um elo forte entre profissionais e gestores, que repercutirá no desenvolvimento de um clima de trabalho motivador para os profissionais e na qualidade dos serviços prestados aos pacientes.

A percepção da gerência da unidade apresentou escore maior para as pessoas com carga horária de até 40 horas semanais. Este fato pode estar relacionado não só com a formação profissional, mas direciona que esses profissionais não possuem visão somente para a assistência, mas também para as áreas de gestão e ensino, favorecendo uma ampla visão do serviço, como o reconhecimento do tipo de trabalho que o gestor exerce (TONDO; GUIRARDELLO, 2017) .

O nível de escolaridade pode ser considerado um fator positivo para a segurança do paciente. Quanto maior a qualificação profissional, maior será sua contribuição na assistência para que seja mais coordenada, articulada, planejada, com vistas a minimizar riscos decorrentes de fatores estressores que interferem no cuidado prestado (MAGALHÃES *et al.*, 2019; KOLANKIEWICZ *et al.*, 2020).

Já a percepção da gerência do hospital apresentou diferença significativa nos trabalhadores com carga horária semanal de até 40 horas e que tiveram durante sua formação profissional cursos de segurança do paciente. A gerência de um hospital é a principal responsável pelas ações de melhoria contínua nos processos assistenciais, sendo de sua responsabilidade ações que visam garantir qualidade da assistência.

Essa garantia se dá por meio de planejamentos, aprimoramento de processos de trabalho, com elaboração e monitoração de ações e estratégias voltadas para a segurança do paciente, fazendo com que os trabalhadores se sensibilizem a favor dessas medidas (MAGALHÃES *et al.*, 2019). Ações como a realização de rondas de liderança e aproximação com os profissionais nos setores assistenciais poderão favorecer a melhoria deste domínio.

O envolvimento dos profissionais no processo de trabalho demonstra a eles o sentimento de ser participativo, atuando de forma comprometida, pois o resultado da instituição passa a ser resultado do colaborador e, desta maneira, as mudanças e implementações na instituição ocorrem com a participação de todos e de modo mais positivo e mais próximo das gerências (KOLANKIEWICZ *et al.*, 2020).

Outro achado neste estudo está no escore positivo de satisfação no trabalho em relação aos profissionais que possuem cargo de gerentes/coordenadores. São explicações plausíveis para esta informação, uma vez que são profissionais que possuem menos contato com o cuidado direto ao paciente, não vivenciando diariamente as realidades assistenciais. Além disso, existe uma cultura de ocultação de informações negativas (ocorrência de erros, incidentes e eventos adversos) pelos profissionais, dificultando que os problemas relacionados à segurança cheguem às gerências (LUIZ *et al.*, 2015).

A percepção do estresse e a percepção da gerência da unidade obtiveram avaliação positiva na categoria profissional. Este achado, neste estudo, reflete a diferença na percepção da segurança do paciente entre as categorias profissionais da mesma instituição, fato que merece atenção.

Para Magalhães *et al.* (2019), a existência de profissionais de um mesmo hospital com percepções melhores quanto à segurança do paciente comparados com outros, pode influenciar comportamentos positivos ou negativos para a prestação do cuidado seguro. Quanto à promoção de uma cultura de segurança, todos os membros pertencentes a um serviço devem transmitir a mesma fala e convergir suas atitudes, valores e competências em prol de uma assistência segura (SEXTON *et al.*, 2006).

A dimensão que apresentou menor escore foi a condição de trabalho, assim como um estudo brasileiro (PAVAN *et al.*, 2019) e outro sueco (GÖRAS *et al.*, 2017).

Essa avaliação negativa se dá pelas condições de trabalho que são oferecidas atualmente. Muitas vezes, a falta de qualificação profissional, baixos salários, carga horária excessiva, quantitativo de profissionais insuficientes, atividades que expõem

a riscos e a falta de um programa de educação permanente favorecerá essa avaliação negativa.

A percepção do clima de segurança da amostra avaliada não está relacionada ao tempo de formação profissional, tempo de trabalho na instituição e atuação no setor. A equipe de enfermagem assistencial apresentou avaliação negativa do clima de segurança, enquanto a diretoria clínica avaliação positiva.

Para Pagani, Crozeta e Crisigiovanni (2019), é indiscutível a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS) para fortalecer as práticas seguras, no qual o profissional de saúde melhor capacitado produz cuidado mais seguro, prevenindo o acontecimento de erros e eventos adversos.

Em relação aos cursos de formação em segurança do paciente e os que foram oferecidos pela instituição, nota-se que profissionais que afirmaram ter tido durante sua formação profissional disciplina sobre segurança do paciente apresentaram escore favorável nos domínios percepção da gerência da unidade, condição de trabalho e escore geral do instrumento. Houve uma diferença significativa, ou seja, uma percepção positiva com clima de segurança e curso de segurança do paciente oferecidos pela instituição.

As evidências desta pesquisa quanto aos cursos na área de segurança do paciente podem auxiliar os gestores em ações de melhoria ao clima de segurança, uma vez que notou uma percepção positiva para aqueles que tiveram em sua formação profissional e que fizeram curso na instituição relacionados à segurança do paciente.

A limitação deste estudo refere-se à sua realização apenas com os profissionais assistenciais, podendo ser inserido para outros cenários, já que a instituição possui uma abrangência maior e com outros profissionais, como maqueiros, equipes de higiene e limpeza, copeiras, dentre outros. Sugere que outras pesquisas ocorram em instituição com o mesmo perfil que envolva todos os profissionais que ali atuam, para um levantamento dos fatores preditores do clima de segurança do paciente.

Por fim, este foi o primeiro estudo nacional sobre avaliação da cultura de segurança em uma instituição de longa permanência que atende paciente com deficiência, permitindo conhecer por meio da percepção da equipe multidisciplinar os fatores associados ao clima de segurança e sensibilizar a todos os envolvidos nessa assistência sobre o tema, para que novas estratégias sejam implementadas a fim de

garantir uma qualidade assistencial e melhorar os processos que permitirão um cuidado mais seguro.

A escassez de estudo abordando a cultura de segurança em instituições de longa permanência é evidente, mostrando uma fragilidade na área de atuação. Contudo, este estudo pode ser um direcionamento para novas investigações nesses cenários.

Utilizar um instrumento que foi traduzido e validado no Brasil demonstra ponto positivo para a pesquisa, favorecendo a confiabilidade e segurança dos dados identificados. O SAQ aplicado na instituição demonstrou as fragilidades e pontos de melhorias que precisam ser conhecidas pelas gerências e gestores, para que melhorem as condições de trabalho, a fim de reduzir o estresse no trabalho para que o clima de segurança e o clima de trabalho em equipe sejam prioridades e que a promoção da cultura de segurança possa ser mudada na instituição por meio de processos, fluxos de trabalho e ações de melhorias contínuas.

Esse resultado possibilitará aos gestores hospitalares e de unidades a investirem num diagnóstico mais preciso, com planejamento e execução de atividades a partir de cada domínio mensurado. Existe ainda a possibilidade de identificação dos fatores que identificaram essa percepção negativa que necessitam de atenção, para que, ao serem identificadas, as melhorias possam acontecer.

## 7 CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa permitem concluir que:

- As equipes envolvidas no estudo foram profissionais de saúde da equipe multidisciplinar, maioria do sexo feminino, com média de idade de 37 anos, casados, residentes na cidade de Trindade, com nível médio/técnico e nível superior;
- O escore médio do SAQ foi de  $69,81 \pm 10,68$ , considerado negativo. O clima de segurança na instituição apresenta fragilidades, indicando a necessidade de intervenções urgentes por meio de ações para implementação da cultura de segurança;
- O domínio “Satisfação no Trabalho” apresentou escore positivo com 88,40 pontos ( $dp \pm 13,03$ );
- Verificou uma percepção positiva do clima de segurança em profissionais de saúde com especialização;
- Os profissionais de nível médio/técnico apresentaram menor percepção a respeito dos domínios do SAQ;
- Os profissionais médicos apresentaram uma melhor avaliação positiva do clima de segurança, enquanto os enfermeiros apresentaram percepção negativa.
- Os fatores associados à percepção positiva do clima de segurança foram: a escolaridade, o departamento, cargo de coordenador/gerente, carga horária de trabalho, formação em segurança do paciente e duração de cursos oferecidos pelo hospital.

Aos profissionais e gestores da instituição, esta pesquisa mostrou as fragilidades e pontos de melhorias, mas tudo pode ser modificado com a mudança de cultura, percepção e visão dos gerentes, com apoio da direção, para que a segurança do paciente seja efetivamente executada.

Estratégias planejadas, com engajamento e envolvimento de todos, favorecerão ações de melhoria, bem como promoção da cultura de segurança, refletindo em um clima de segurança positivo.

Os resultados deste trabalho também contribuirão para novas pesquisas na instituição, que podem avaliar o clima de segurança após intervenções futuras, como

meio de mensuração antes e depois de estruturação de processos e educação permanente.

Investimentos na valorização profissional fortalecerão o diálogo entre as equipes, com ações igualitárias entre as categorias profissionais, não punitivas e voltadas à resolução de problemas.

Esta pesquisa contribuiu para uma melhor compreensão dos fatores associados ao clima de segurança em instituições de longa permanência.

O paciente institucionalizado necessita de mais zelo, cuidado e atenção, tendo em vista que suas fragilidades vão além da condição física e vulnerabilidade social, mas há falta de barreiras de segurança, pois ele é uma barreira limitada, fato que dificulta a prevenção de eventos adversos.

Os resultados desta pesquisa sugerem que novos estudos sejam realizados em instituições de longa permanência, para que seja avaliado o perfil desse profissional e o quanto suas percepções momentâneas, seus valores e atitudes podem influenciar no clima de segurança.

## REFERÊNCIAS

ADVISORY COMMITTEE ON THE SAFETY OF NUCLEAR INSTALLATIONS, L. **ACSNI study group on human factors**. United Kingdom: HM Stationery Office, 1993. ISBN 0 11 882104 0. Disponível em: < [http://inis.iaea.org/search/search.aspx?orig\\_q=RN:25003245](http://inis.iaea.org/search/search.aspx?orig_q=RN:25003245) >. Disponível em: < [http://inis.iaea.org/search/search.aspx?orig\\_q=RN:25003245](http://inis.iaea.org/search/search.aspx?orig_q=RN:25003245) >.

AHRQ. **Patient safety culture surveys**. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville; 2010.

\_\_\_\_\_. **Culture of safety**. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville 2013.

ALVES, D. F. D. S.; GUIRARDELLO, E. D. B. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, 2016. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000200406&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200406&nrm=iso) >.

BARATTO, M. A. M. *et al.* Cultura de segurança do paciente no cenário hospitalar: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, v. 10, n. 11, p. 4126-36, 2016.

BARBOSA, M. H. *et al.* Clima de segurança do paciente em unidades de clínica médica e cirúrgica. **Revista Eletronica de Enfermagem**, v. 18, 2016.

BARBOSA, M. H. *et al.* Patient Safety Climate at a Private Hospital. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 3, 2016.

BARREIROS, D. **Gestão da segurança e saúde no trabalho estudo de um modelo sistêmico para as organizações do setor mineral [tese de doutorado]**. São Paulo Universidade de São Paulo - Escola Politécnica, 2002.

BARRETO, L. M. T. D. S. *et al.* Cultura organizacional e liderança: uma relação possível? **R. Adm**, v. 48, n. 1, p. 34-52, 2013.

BOR, A. *et al.* Medication use and risk of falls among nursing home residents: a retrospective cohort study. v. 39, n. 2, p. 408-415, Apr 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. **Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Conselho Nacional de Saúde, Brasília; 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. RDC 36, de 25 de Julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde; 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 529, De 1º De Abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** Brasília; 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Incidentes relacionados à assistência à saúde. Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, setembro de 2019 a agosto de 2020.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Brasília; 2020.

BROWN, C. *et al.* An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 1. Conceptualising and developing interventions. **Qual Saf Health Care**, v. 17, n. 3, p. 158-62, Jun 2008.

CALDANA, G. *et al.* Brazilian Network for Nursing and Patient Safety: Challenges and Perspectives. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 906-911, 2015.

CAMERON, K. S. *et al.* **Competing values leadership: creating value in organisations.** Edward Elgar: Cheltenham, 2006.

CARVALHO, P. A. *et al.* Assessment of safety culture in a public hospital in the Federal District, Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 252-258, 2019. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000700252&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000700252&nrm=iso) >.

CARVALHO, R. E. *et al.* Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 25, p. e2849, Mar 2 2017. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28301029> >.

CARVALHO, R. E. F. L. D. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil - Questionário de Atitudes de Segurança.** 2011. 173 Doutorado Programa de Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo. 2011, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

CARVALHO, R. E. F. L. D.; CASSIANI, S. H. D. B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2012.

CASTILHO, D. E. C. *et al.* Factors related to the patient safety climate in an emergency hospital. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 28, p. e3273, 2020. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32491122> >.

CHASSIN, M. R.; LOEB, J. M. The ongoing quality improvement journey: next stop, high reliability. **Health Aff (Millwood)**, v. 30, n. 4, p. 559-68, Apr 2011.

COLLA, J. B. *et al.* Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Qual Saf Health Care**, v. 14, n. 5, p. 364-6, Oct 2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16195571> >.

COOPER, M. D. Towards a model of safety culture. **Safety Science**, v. 36, n. 2, p. 111-136, 2000.

COSTA, L. S. Healthcare, development and innovation. **Cad Saude Publica**, v. 32Suppl 2, n. Suppl 2, p. eED01S216, Nov 3 2016.

DEKKER, S. W. A.; BREakey, H. 'Just culture:' Improving safety by achieving substantive, procedural and restorative justice. **Safety Science**, v. 85, p. 187-193, 2016. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753516000321> >.

DORIGAN, G. H.; GUIRARDELLO, E. D. B. Ambiente da prática, satisfação e clima de segurança: percepção dos enfermeiros. **Acta Paul Enferm**, v. 30, n. 1, p. 129-35, 2017.

DORIGAN, G. H.; MINGATO, D. F. P.; GUIRARDELLO, E. D. B. Nursing safety attitudes: relationship with time of experience and intention to leave the job. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2020. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472020000100421&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000100421&nrm=iso) >.

ENTRALGO, P. **Historia de la Medicina**. Barcelona, 1978.

ETCHEGARAY, J. M.; THOMAS, E. J. Comparing two safety culture surveys: safety attitudes questionnaire and hospital survey on patient safety. **BMJ Qual Saf**, v. 21, n. 6, p. 490-8, Jun 2012.

FARZI, S. *et al.* Perspective of Nurses toward the Patient Safety Culture in Neonatal Intensive Care Units. **Iranian Journal of Neonatology IJN**, v. 8, n. 4, p. 89-94, 2017. Disponível em: < [https://ijn.mums.ac.ir/article\\_9985\\_d8396b93d78d4ee6cff1bfe59f5b054e.pdf](https://ijn.mums.ac.ir/article_9985_d8396b93d78d4ee6cff1bfe59f5b054e.pdf) >.

FASSARELLA, C. S. *et al.* Cultura de segurança em centro cirúrgico universitário. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e119985164, 2020.

FERMO, V. C. *et al.* Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37,

2016. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000100407&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100407&nrm=iso) >.

FLEURY, M.; FISHER, R. **Cultura e poder nas organizações**. Atlas: São Paulo, 2007.

FLIN, R. *et al.* Measuring safety climate in health care. **Qual Saf Health Care**, v. 15, n. 2, p. 109-15, Apr 2006.

FLOTTA, D. *et al.* Patient safety and medical errors: knowledge, attitudes and behavior among Italian hospital physicians. **Int J Qual Health Care**, v. 24, n. 3, p. 258-65, Jun 2012.

FUJITA, S. *et al.* Characteristics of unit-level patient safety culture in hospitals in Japan: a cross-sectional study. **BMC Health Serv Res**, v. 14, p. 508, Oct 22 2014.

GABA, D. M. *et al.* Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators. **Hum Factors**, v. 45, n. 2, p. 173-85, Summer 2003.

GASPARINO, R. C. *et al.* Percepção da enfermagem frente ao clima de segurança do paciente em instituições públicas e privadas. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 3, 2017.

GERSHON, R. R. *et al.* Measurement of organizational culture and climate in healthcare. **J Nurs Adm**, v. 34, n. 1, p. 33-40, Jan 2004.

GOLLE, L. *et al.* Culture of patient safety in hospital private / Cultura de segurança do paciente em hospital privado. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 1, p. 85, 2018.

GÖRAS, C. *et al.* Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a cross-sectional survey. **BMJ Open**, v. 7, n. 9, p. e015607, 2017. Disponível em: < <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/9/e015607.full.pdf> >.

GULDENMUND, F. W. The nature of safety culture: a review of theory and research. **Saf. Sci**, v. 34, p. 215-57, 2000.

GULLA, C. *et al.* **Multi-psychotropic drug prescription and the association to neuropsychiatric symptoms in three Norwegian nursing home cohorts between 2004 and 2011**. **BMC geriatrics**. 16: 115 p. 2016. Disponível em: < <http://europepmc.org/abstract/MED/27245665>

<https://doi.org/10.1186/s12877-016-0287-1>

<https://europepmc.org/articles/PMC4888256>

<https://europepmc.org/articles/PMC4888256?pdf=render> >.

HANDLER, S. M. *et al.* Patient safety culture assessment in the nursing home. **Qual Saf Health Care**, v. 15, n. 6, p. 400-4, Dec 2006.

HEFNER, J. L. *et al.* Cultural Transformation After Implementation of Crew Resource Management: Is It Really Possible? **Am J Med Qual**, v. 32, n. 4, p. 384-390, Jul/Aug 2017.

HEMPEL, C. G. **Philosophy of natural science**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

HUDSON, P. Applying the lessons of high risk industries to health care. **Quality & safety in health care**, v. 12 Suppl 1, n. Suppl 1, p. i7-i12, 2003. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14645741>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765769/> >.

IHI. **5 million lives campaign**. The Institute

Cambridge (MA); 2006. Disponível em: < <http://www.ihl.org/about/Documents/5MillionLivesCampaignCaseStatement.pdf>. >.

Disponível em: < <http://www.ihl.org/about/Documents/5MillionLivesCampaignCaseStatement.pdf>. >.

INOUE, T.; KARIMA, R.; HARADA, K. Bilateral effects of hospital patient-safety procedures on nurses' job satisfaction. **Int Nurs Rev**, v. 64, n. 3, p. 437-445, Sep 2017.

JAMES, J. T. A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. **J Patient Saf**, v. 9, n. 3, 2013.

JEONG, H. J. *et al.* The Hospital Patient Safety Culture Survey: Reform of Analysis and Visualization Methods. **Int J Environ Res Public Health**, v. 16, n. 19, Sep 27 2019. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31569628> >.

KLEMENC-KETIS, Z. *et al.* The safety attitudes questionnaire – ambulatory version: psychometric properties of the Slovenian version for the out-of-hours primary care setting. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, p. 36, 2017/01/13 2017. Disponível em: < <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1972-7> >.

KNIHS, N. D. S. *et al.* Assessment of safety culture in organ donation. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 2, p. e20180514, 2020. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32236367> >.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in, America. In: (Ed.). **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington (DC): National Academies Press (US) Copyright 2000 by the National Academy of Sciences. All rights reserved., 2000.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. To Err is Human: Building a Safer Health System. **Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in, America**, 2000.

KOLANKIEWICZ, A. C. B. *et al.* Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. **Acta Paul Enferm**, v. 30, n. 5, p. 531-7, 2017.

KOLANKIEWICZ, A. C. B. *et al.* Patient safety culture from the perspective of all the workers of a general hospital. **Rev Gaucha Enferm**, v. 41, p. e20190177, 2020. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32348420> >.

KRISTENSEN, S. *et al.* Quality management and perceptions of teamwork and safety climate in European hospitals. **Int J Qual Health Care**, v. 27, n. 6, p. 499-506, Dec 2015.

KURCGANT, P.; MASSAROLLO, M. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

LACOMBE, F. J. M.; HEILBORN, G. L. J. **Administração - Princípios e tendências**. São Paulo: 2003.

LEAPE, L. L. Escopo do problema e histórico de segurança do paciente. **Elsevier**, v. 35, n. 1, p. 1-10, 2008.

LEAPE, L. L. *et al.* The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. **N Engl J Med**, v. 324, n. 6, p. 377-84, Feb 7 1991.

LEE, W. C. *et al.* Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version Safety Attitude Questionnaire. **BMC Health Serv Res**, v. 10, p. 234, Aug 10 2010.

LIRA, V. L. *et al.* Patient safety climate from the nursing perspective. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 6, p. e20190606, Sep 7 2020. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32901745> >.

LOURENÇÃO, D. C. D. A.; TRONCHIN, D. M. R. Clima de segurança em centro cirúrgico: validação de um questionário para o cenário brasileiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, 2018.

LUIZ, R. B. *et al.* Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 880-7, Sep-Oct 2015. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26487138> >.

MAGALHÃES, F. H. D. L. *et al.* Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200406&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200406&nrm=iso) >.

MARINHO, M. M. *et al.* Educational Interventions with Nursing Professionals and Its Relationship with Security Culture. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, 2018.

MARTINS, M. Qualidade do cuidado em saúde. In: FIOCRUZ (Ed.). **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro, 2019. p.524.

MARTINS, M. *et al.* Hospital deaths and adverse events in Brazil. **BMC Health Serv Res**, v. 11, p. 223, Sep 19 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21929810> >.

MENDES, E. V. **O Cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – Representação Brasil. Gerência de Sistemas de Saúde / Unidade Técnica de Serviços de Saúde, 2012. 512

MENDES, W. Taxonomia em segurança do paciente. In: FIOCRUZ (Ed.). **Conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro, 2019. p.524.

MENDES, W. *et al.* Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

MESQUITA, K. O. D. *et al.* Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. Abr/jun; 21(2): 01-08, 2016.

MILLS, D. Medical insurance feasibility study: a technical summary. **West J Med**, v. 128, p. 360-5, 1978.

MINTZBERG H, A. B., LAMPEL J. **Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento**. Porto Alegre: Bookman, 2010.

MORAIS, B. X. *et al.* Professional satisfaction of nursing workers from a service of hematology-oncology. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 19, p. 3165, 2018.

NASCIMENTO, A. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3591-3602, 08/01 2011.

NASCIMENTO, N. B. O erro e as violações no cuidado de saúde. In: FIOCRUZ (Ed.). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2019. p.524.

NEUHAUSER, D. Heroes and martyrs of quality and safety: Ernest Amory Codman MD. **Qual Saf Health Care**, v. 11, p. 104-105, 2002.

NEUHAUSER, D. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. **Qual Saf Health Care**, v. 12, n. 4, p. 317, 2003.

NGUYEN, G. *et al.* Validation of the safety attitudes questionnaire (short form 2006) in Italian in hospitals in the northeast of Italy. **BMC health services research**, v. 15, p. 284-284, 2015. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26204957> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4512154/> >.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: 1989.

NORDEN-HAGG, A. *et al.* Assessing safety culture in pharmacies: the psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. **BMC Clin Pharmacol**, v. 10, p. 8, Apr 11 2010.

OLIVEIRA, I. C. L. *et al.* Safety culture: perception of health professionals in a mental hospital. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. suppl 5, p. 2316-2322, 2018. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30365800> >.

OLIVEIRA, R. M. *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**, v. 18, p. 122-129, 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000100122&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122&nrm=iso) >.

PADILHA, M. I. C. D. S.; VAGHETTI, H. H.; BRODERSEN, G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, abr/jun**, v. 14(2), p. 292-300, 2006.

PAGANI, S.; CROZETA, K.; CRISIGIOVANNI, A. B. R. Culture of patient safety: evaluation of nurses. **Rev Rene**, v. 20, p. e39782, 2019.

PAVAN, N. F. P. *et al.* Cultura de segurança do paciente no transplante renal no oeste catarinense. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, p. 398-405, 2019. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002019000400398&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000400398&nrm=iso) >.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PERLO J. *et al.* Quadro Conceitual do IHI para Aumentar a Alegria no Trabalho. **IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement**, 2017.

PETTKER, C. M. *et al.* Impact of a comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse events. **Am J Obstet Gynecol**, v. 200, n. 5, p. 492.e1-8, May 2009.

REASON, J. Human error: models and management. **Bmj**, v. 320, n. 7237, p. 768-70, Mar 18 2000.

\_\_\_\_\_. Human error. **London: Cambridge University Press**, 2003.

REIS, C. T. Cultura de segurança em organizações de saúde. In: FIOCRUZ (Ed.). **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro, 2019. p.268.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, 2012.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2029-2036, 2013. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000700018&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700018&nrm=iso) >.

REIS, C. T.; PAIVA, S. G.; SOUSA, P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. **Int J Qual Health Care**, v. 30, n. 9, p. 660-677, Nov 1 2018.

REIS, G. A. X. D. *et al.* Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40, n. (esp):e20180366, 2019.

RIGOBELLO, M. C. G. *et al.* Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 5, p. 728-35, 2012.

ROBB, G.; SEDDON, M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? **N Z Med J**, v. 123, n. 1314, p. 68-78, May 14 2010.

RUNCIMAN, B.; MERRY, A.; WALTON, M. **Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right**. London: British Library, 2007.

RUNCIMAN, W. *et al.* Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care**, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19147597> >  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2638755/> >.

SANCHIS, D. Z. *et al.* Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 5, p. e20190174, 2020. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32609212> >.

SANTIAGO, T. H.; TURRINI, R. N. Organizational culture and climate for patient safety in Intensive Care Units. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49 Spec No, p. 123-30, Feb 2015. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26761702> >.

SANTOS, N. M. *et al.* Cultura organizacional, estrutura organizacional e gestão de pessoas como bases para uma gestão orientada por processos e seus impactos no desempenho organizacional. **Brazilian Business Review**, v. 11, n. 3, p. 1-5-129, 2014.

SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. San Francisco: Jossey-Bass, 1991.

SEMMELEWEIS, I. **The etiology, concept, and prophylaxis of childbed fever. Tradução e Introdução de K. Codell Carter**. Wisconsin: University of Wisconsin Press, , 1983.

SEXTON, J. B. *et al.* The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 1, 2006.

SILVA, A. *et al.* Evaluation of the patient safety climate in hospitalization units: a cross-sectional study. **Rev Esc Enferm USP**, v. 53, p. e03500, 2019. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31800803> >.

SILVA, A. E. B. D. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3, p. 422, 2010.

SILVA, J.; MORONE, F. Avaliando o impacto da estratégia de segurança do paciente implantada em uma unidade de clínica médica de um hospital universitário sob a perspectiva da dimensão da atenção à saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, 01/01 2017.

SILVA, M. R. D.; MATTOS, A. D. M. Ignaz Semmelweis e a febre puerperal: algumas razões para a não aceitação de sua hipótese. **Filosofia e História da Biologia, São Paulo**, v. 10, n. 1, p. 85-98, 2015.

SØRAAS, I. A. *et al.* [Drug-drug interactions in nursing home patients]. **Tidsskr Nor Laegeforen**, v. 134, n. 10, p. 1041-6, May 27 2014.

SORRA, J.; NIEVA, V. **Hospital survey on patient safety culture. Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004.** Rockville: AHRQ, 2004.

SOUZA, A. C. S. **Incidentes com pacientes atendidos nos centros de atenção psicossociais: vivências da equipe de saúde.** 2019. Faculdade de Enfermagem (FEN), Universidade Federal de Goiás, 2019.

TARTAGLIA, A.; MATOS, M. A. A. Second victim: after all, what is this? **Einstein (São Paulo)**, v. 18, 2020. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082020000100103&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082020000100103&nrm=iso) >.

TONDO, J. C. A.; GUIRARDELLO, E. B. Perception of nursing professionals on patient safety culture. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 6, p. 1284-1290, Nov-Dec 2017. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29160491> >.

TOSO, G. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 4, 2016.

TRINDADE, L.; LAGE, M. J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In: (Ed.). **Segurança do Paciente - Conhecendo os riscos das organizações de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

TSAI, Y. Relationship between organizational culture, leadership behavior and job satisfaction. **BMC Health Serv Res**, v. 11, p. 98, May 14 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21569537> >.

VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 429-437, 2009. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000200024&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200024&nrm=iso) >.

WACHTER, R. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2 ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WEAVER, S. J. *et al.* Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. **Ann Intern Med**, v. 158, n. 5 Pt 2, p. 369-74, Mar 5 2013.

WEGNER, W. *et al.* Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery**, v. 20, 2016. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000300212&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300212&nrm=iso) >.

WEINGART, S. N. *et al.* Epidemiology of medical error. **Bmj**, v. 320, n. 7237, p. 774-7, Mar 18 2000.

WESTRUM, R. A typology of organisational cultures. **Quality and Safety in Health Care**, v. 13, n. suppl\_2, p. ii22-ii27, 2004.

WHO. **WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge - Clean Care is Safer Care**. World Health Organization, Geneva; 2004.

\_\_\_\_\_. **World Alliance for Patient Safety: forward programe**. World Health Organization, Genebra; 2005a.

\_\_\_\_\_. **World Alliance for Safety. Global Patient Safety**. Whorl Health Organization, Challenge; 2005b.

\_\_\_\_\_. **Nine patient safety solutions. Solutions to prevent health care-related harm**. World Health Organization, Geneva; 2007.

\_\_\_\_\_. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. World Health Organization, Genebra; 2008.

\_\_\_\_\_. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Chapter 3 The International Classification for Patient Safety Key Concepts and Preferred Terms.** World Health Organization, Geneva; 2009a.

\_\_\_\_\_. **World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: the conceptual framework for the international classification for patient safety. Final Technical Report.** World Health Organization, Geneva; 2009b.

ZANETTI, A. C. B. *et al.* Assessment of the incidence and preventability of adverse events in hospitals: an integrative review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2020. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472020000100503&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000100503&nrm=iso) >.

ZEGERS, M. *et al.* Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. **Qual Saf Health Care**, v. 18, n. 4, p. 297-302, Aug 2009.

ZHANG, E. *et al.* Adverse event and error of unexpected life-threatening events within 24hours of ED admission. **Am J Emerg Med**, v. 35, n. 3, p. 479-483, Mar 2017.

ZOHAR, D. Safety Climate in Industrial Organizations: Theoretical and Applied Implications. **The Journal of applied psychology**, v. 65, p. 96-102, 03/01 1980.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PROFISSIONÁRIO

#### 1. DADOS PESSOAIS

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___	SEXO: ( ) Masculino ( ) Feminino
NATURALIDADE:	UF:
ESTADO CIVIL: ( ) Solteiro ( ) Casado / União Estável ( ) Divorciado / Separado ( ) Viúvo	
CIDADE DE RESIDÊNCIA:	

#### 2. DADOS PROFISSIONAIS

<b>ESCOLARIDADE</b>		
( ) Nível médio	( ) Superior Completo	( ) Superior Incompleto
( ) Mestrado	( ) Doutorado	( ) Especialização, qual área:
<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>		
( ) Administrativo Hospitalar	( ) Atendente de odontologia	( ) Atendente de Farmácia
( ) Auxiliar de Enfermagem	( ) Assistente Social	( ) Biomédico
( ) Cuidador	( ) Educador Físico	( ) Enfermeiro
( ) Farmacêutico	( ) Fisioterapeuta	( ) Fonoaudiólogo
( ) Maqueiro	( ) Médico	( ) Serviço Higiene e Limpeza
( ) Nutricionista	( ) Psicólogos	( ) Técnico em Nutrição
( ) Técnico de Enfermagem	( ) Técnico em Laboratório	
( ) Terapeuta Ocupacional	( ) Técnico em Radiologia	
<b>POSSUI CARGO DE COORDENADOR E/OU GERENTE?</b> ( ) Sim ( ) Não		
<b>VOCÊ É PRESTADOR DE SERVIÇO TERCEIRIZADO?</b> ( ) Sim ( ) Não		
<b>TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL:</b> ____ ano ____ meses		
<b>Nº DE VÍNCULOS EMPREGATICIOS:</b> ____ vínculo (s)		
<b>TEMPO DE TRABALHO NESTA INSTITUIÇÃO:</b> ____ ano ____ meses		
<b>TEMPO DE TRABALHO NO SETOR ATUAL:</b> ____ ano ____ meses		
<b>VOCÊ TEM INTENÇÃO DE DEIXAR O TRABALHO NOS PRÓXIMOS 12 MESES?</b> ( ) Sim ( ) Não		
<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL:</b> ____ horas semanais		
<b>QUANTO AOS CURSOS RELACIONADOS À SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
Durante seu curso de formação profissional, a disciplina de segurança do paciente foi ministrada? ( ) Sim ( ) Não		
Você já fez algum curso de Segurança do Paciente nesta instituição? ( ) Sim ( ) Não		
Se Sim, qual a carga horária? ____ horas		
Você já fez algum curso de Segurança do Paciente fora desta instituição? ( ) Sim ( ) Não		
Se Sim, qual a carga horária? ____ horas		

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participa, como voluntário (a) do Projeto de Pesquisa sob o título **A segurança do paciente: um enfoque na formação e no cuidado** de autoria da profa. Adenicia Custódia Silva e Souza e profa. Sergiane Bisinoto Alves. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em todas as folhas e em duas vias, sendo a primeira de guarda e confidencialidade do pesquisador responsável e a segunda ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável por meio dos números (62) 99977 4003 ou (62) 99674 5221, ligações a cobrar (se necessárias) ou por e-mail [adeniciafen@gmail.com](mailto:adeniciafen@gmail.com) ou [enfsergianebisinoto@gmail.com](mailto:enfsergianebisinoto@gmail.com). Em caso de dúvida sobre a ética aplicada à pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUC Goiás, telefone: (62) 3946-1512, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, St. Universitário, Goiânia/GO. Funcionamento: das 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas, de segunda a sexta-feira. O CEP é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que, por sua vez, é subordinado ao Ministério da Saúde (MS). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares.

O motivo que nos leva a propor esta pesquisa é devido à escassez de estudos que avaliam a percepção do clima de segurança pela equipe multidisciplinar e a não evidência de estudos em serviços de longa permanência. Assim, este estudo proporcionará a identificação do diagnóstico do clima de segurança pela equipe multidisciplinar desta instituição, proporcionando um gestão de subsídios para investir em estratégias para promover um clima de segurança positivo, o que possibilitará a diminuição da ocorrência de eventos adversos, e ainda, contribuirá para a promoção da segurança do cuidado neste ponto, que é a rede de cuidados a pessoas com deficiência intelectual no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e para o direcionamento de estratégias de melhoria continua na qualidade da assistência aos pacientes com essa modalidade de internação. Tem por objetivo avaliar o clima de

segurança do paciente em um hospital de longa permanência na perspectiva da equipe multidisciplinar.

O procedimento de coleta de dados será por meio de 02 (dois) questionários, sendo o primeiro o SAQ – Questionário de Atitudes Seguras e o segundo um questionário de identificação profissiográfico e uma entrevista individual que será gravada. Os profissionais elegíveis serão convidados a dirigir-se a uma sala próxima do posto de trabalho a fim de apresentar os objetivos da pesquisa e a forma de participação. Após aceite responderão ao questionário e entrevista gravada. O pesquisador orientará os participantes com leitura e esclarecimento de dúvidas. Para evitar e/ou reduzir os riscos de sua participação, tais como constrangimento ou insegurança, a coleta de dados por meio dos questionários e entrevista serão de curta duração, no máximo 30 minutos, não interferindo em seu horário de trabalho. Será resguardado todo sigilo na participação, garantindo a confiabilidade da coleta de dados, se necessário, podemos interromper, retomando a qualquer momento que você sentir-se a vontade. Se você sentir qualquer desconforto é assegurado assistência imediata e integral de forma gratuita, para danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios, de qualquer natureza, para diminuir possíveis intercorrências em consequência de sua participação na pesquisa.

Esta pesquisa terá como benefícios a identificação do diagnóstico do clima de segurança nesta instituição na percepção da equipe multidisciplinar. Não há necessidade de identificação, ficando assegurados o sigilo e a privacidade. Caso você se sinta desconfortável por qualquer motivo, poderemos interromper a participação no questionário e entrevista gravada a qualquer momento e esta decisão não produzirá qualquer penalização ou prejuízo.

Você poderá solicitar a retirada de seus dados coletados na pesquisa a qualquer momento, deixando de participar deste estudo, sem prejuízo. Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa e serão publicados em revistas científicas e apresentados em congressos e eventos da área da saúde. Estes dados serão guardados por no mínimo 5 anos e, após esse período, será encaminhado para incineração. Se você sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito à indenização conforme prevista em lei.

Assim, ao final da pesquisa e elaboração deste trabalho você terá acesso aos resultados.

Você não receberá nenhum tipo de compensação financeira por sua participação neste estudo, mas caso tenha algum gasto decorrente do mesmo este será ressarcido pelo pesquisador responsável. Adicionalmente, em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao pesquisador responsável pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas.

### **Declaração do Participante**

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

abaixo assinado, discuti com a pesquisadora e/ou sua equipe sobre a minha decisão em participar como voluntário (a) do estudo sobre a cultura de segurança na percepção da equipe multidisciplinar de um hospital de longa permanência. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia integral e gratuita por danos diretos, imediatos ou tardios, quando necessário. Concordo voluntariamente em participar por meio de resposta ao questionário e entrevista gravada deste estudo e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo, ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Goiânia, \_\_\_\_\_

---

Assinatura do participante

---

Assinatura do pesquisador

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA – SAQ

**Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado**

Área clínica ou área de assistência ao paciente onde você passa maior parte de seu tempo:  
 Departamento: \_\_\_\_\_ Por favor, preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências nesta área

• Use somente lápis número 2 Preenchimento correto Preenchimento incorreto

• Apague muito bem qualquer resposta que você deseja mudar

Por favor, responda os itens seguintes relativos à sua unidade ou área específica  
 Selecione suas respostas usando a escala abaixo:

A	B	C	D	E	X
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	Não se aplica

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Neutro

Discordo parcialmente

Discordo totalmente

1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área	2	3	4	5	6		
2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	2	3	4	5	6		
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	2	3	4	5	6		
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe e para cuidar dos pacientes	2	3	4	5	6		
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	2	3	4	5	6		
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	2	3	4	5	6		
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	2	3	4	5	6		
8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área	2	3	4	5	6		
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	2	3	4	5	6		
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	2	3	4	5	6		
11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros	2	3	4	5	6		
12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	2	3	4	5	6		
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	2	3	4	5	6		
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração	2	3	4	5	6		
15. Eu gosto do meu trabalho	2	3	4	5	6		
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	2	3	4	5	6		
17. Este é um bom lugar para trabalhar	2	3	4	5	6		
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área	2	3	4	5	6		
19. O moral nesta área é alto	2	3	4	5	6		
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	2	3	4	5	6		
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)	2	3	4	5	6		
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	2	3	4	5	6		
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiopulmonar, convulsões)	2	3	4	5	6		
24. A administração apoia meus esforços diários:	Adm unid	2	3	4	5	6	Adm hosp
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente:	Adm unid	2	3	4	5	6	Adm hosp
26. A administração está fazendo um bom trabalho:	Adm unid	2	3	4	5	6	Adm hosp
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nós:	Adm unid	2	3	4	5	6	Adm hosp
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a):	Adm unid	2	3	4	5	6	Adm hosp
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes	2	3	4	5	6		
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	2	3	4	5	6		
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível prontamente para mim	2	3	4	5	6		
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	2	3	4	5	6		
33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área	2	3	4	5	6		
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área	2	3	4	5	6		
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área	2	3	4	5	6		
36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns	2	3	4	5	6		

**INFORMAÇÕES**

Você já havia preenchido este instrumento anteriormente?  Sim  Não  Não sabe      Data (mês/ano): \_\_\_\_\_

**Cargo: (marque somente um)**

<input type="radio"/> Médico da equipe responsável	<input type="radio"/> Psicólogo	<input type="radio"/> Técnico em nutrição/ radiologia/ laboratório
<input type="radio"/> Médico residente	<input type="radio"/> Farmacêutico (a)	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo
<input type="radio"/> Chefe de enfermagem	<input type="radio"/> Fisioterapeuta	<input type="radio"/> Administrativo (auxiliar escrivão/ secretária/ recepcionista)
<input type="radio"/> Enfermeiro (a)	<input type="radio"/> Assistente social	<input type="radio"/> Suporte ambiental (pessoal de limpeza)
<input type="radio"/> Auxiliar de enfermagem / Técnico de enfermagem	<input type="radio"/> Nutricionista	<input type="radio"/> Outro:

**Gênero:**  homem  mulher      **Atuação principal:**  adulto  pediatria  ambos

**Tempo na especialidade:**  menos de 6 meses  6 a 11 meses  1 a 2 anos  3 a 4 anos  5 a 10 anos  11 a 20 anos  21 anos ou mais

Obrigado por responder este instrumento, seu tempo e sua participação são muito importantes.

**POR FAVOR NÃO ESCREVA NESTA ÁREA**

**ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Página 01 de 06

**Título da Pesquisa:** A SEGURANÇA DO PACIENTE: UM ENFOQUE NA FORMAÇÃO E NO CUIDADO **Pesquisador:** Adenícia Custódia Silva e Souza **Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 59736216.1.0000.0037

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.774.716

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma Emenda.

Redação dos pesquisadores:

"Justificativa da Emenda: A solicitação de emenda para este projeto deve-se à inclusão de três coparticipantes: Hospital Santa Helena, Vila São José Bento Cottolengo e Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação DR Henrique Santillo, conforme declaração de co-participantes em anexo. Não houve alteração dos objetivos propostos e no método foram incluídos dois instrumentos para a coleta de dados, já validados no Brasil para avaliação da cultura de segurança institucional." Foram inseridos 12 novos pesquisadores no protocolo de pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

Redação dos pesquisadores:

"Objetivo Primário:

- Caracterizar a cultura de segurança do paciente e a adesão às medidas de segurança desenvolvidas nos estabelecimentos de saúde;
- Avaliar o ensino da segurança do paciente nos cursos da área da saúde.

Objetivos Secundários:

- Identificar as medidas adotadas pelos Serviços de Saúde para a prevenção de Úlceras por

Pressão.

- Verificar como ocorre a utilização do *check list* preconizado para a realização de Cirurgias Seguras;
- Identificar a adesão dos diferentes profissionais da equipe de saúde à higiene das mãos;
- Descrever a estrutura dos serviços de saúde e a sua interferência na segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos;
- Descrever as medidas adotadas pelos Serviços de Saúde para a prevenção de quedas;
- Identificar as medidas adotadas para a identificação do paciente que contribua para a redução de danos durante o atendimento hospitalar e ambulatorial;
- Verificar a inserção da temática de segurança do paciente nos currículos dos cursos na área da saúde."

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Redação dos pesquisadores:

Riscos:

Os riscos estão associados a possível constrangimento ao perceber a baixa adesão a essas medidas. Para minimizar esses riscos os participantes serão esclarecidos sobre o estudo em local reservado para garantir a sua privacidade e anonimato, e se mesmo assim continuar o constrangimento, terão a garantia de não participação no estudo.

Benefícios:

Os benefícios diretos da participação estão relacionados à conscientização sobre a importância da adesão a medidas de segurança do paciente e os indiretos, pela disponibilização de dados que poderão contribuir para a melhoria do ensino e da qualidade da assistência.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma Emenda, referente à inclusão de três co-participantes (Hospital Santa Helena, Vila São José Bento Cottolengo e Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação DR Henrique Santillo); dois instrumentos para a coleta de dados, e 12 novos pesquisadores no protocolo de pesquisa.

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

Todos foram apresentados.

### **Recomendações:**

Não há recomendações.

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

Emenda aprovada.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR REFERENTE À APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.
3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificação do cumprimento das resoluções pertinentes.
4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pelas Resoluções pertinentes à proposta de pesquisa aprovada, garantindo seguimento fiel ao protocolo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1424847_E2.pdf	08/12/2019 12:44:40		Aceito
Outros	Instrumento_HOSPSC.pdf	08/12/2019 12:35:36	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Vila_Sao_Cotolengo_Corrigido.docx	08/12/2019 12:31:39	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HSH_corrigido.docx	08/12/2019 12:29:13	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CRER_corrigido.docx	08/12/2019 12:25:02	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	Instrumento_SAQ.pdf	08/12/2019 12:22:49	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito

Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoanuencia_santahelena.jpeg	08/12/2019 12:12:16	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoanuencia_CRER.jpeg	08/12/2019 12:12:08	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoprontuario_santahelena.jpeg	08/12/2019 12:11:44	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	questionarioprofissiografico.docx	12/11/2019 14:31:59	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_com_alteracoes.pdf	01/10/2019 15:47:40	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoanuenciaVilaSaoCotolengo.jpg	01/10/2019 15:44:57	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Cronograma	NOVOCRONOGRAMA.pdf	01/10/2019 15:30:13	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	MoniqueCelestinodeJesus.pdf	01/10/2019 15:28:54	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	MaisaVilelaMartins.pdf	01/10/2019 15:28:38	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	RaulDiegodeSousaPereira.pdf	01/10/2019 15:28:13	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	LidianeCastroFigueiredo.pdf	01/10/2019 15:27:47	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	JoyceBenchimolFonseca.pdf	01/10/2019 15:27:34	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	BeatrizBarbosaDias.pdf	01/10/2019 15:27:14	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	SergianeBisimotoAlves.pdf	01/10/2019 15:26:54	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	PalmeriAlencarBandeira.pdf	01/10/2019 15:26:30	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	MichellyPereiraCavalcante.pdf	01/10/2019 15:26:06	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	LucieneApolinariodeAraujo.pdf	01/10/2019 15:25:39	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	KateWinsletSiqueiradosSantos.pdf	01/10/2019 15:25:05	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	CeciliaMariaBarbosadeSousa.pdf	01/10/2019 15:24:48	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito

Outros	Jose_RodriguesCF.pdf	01/10/2019 15:23:59	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projetoemenda.pdf	22/12/2017 11:15:10	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Investigador	projetoemenda.pdf	22/12/201 7 11:15:10	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	coparticipantesms.pdf	22/12/201 7 10:59:44	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	CurrFrancilisi.pdf	22/12/201 7 10:03:25	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	ING.pdf	05/10/201 6 21:39:23	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	aparecida.pdf	05/10/201 6 21:38:40	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetofinal.pdf	05/10/201 6 21:34:31	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	TCLE2.pdf	05/10/201 6 21:24:22	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/10/201 6 21:20:51	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	curvanessa.pdf	02/09/201 6 17:44:02	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	curMilca.pdf	02/09/201 6 17:11:29	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	curadenicia.pdf	02/09/201 6 17:06:33	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	02/09/201 6 17:04:07	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	CurElisangela.pdf	02/09/201 6 16:47:38	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito

Outros	CurAglaid.pdf	02/09/2016 16:46:32	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	curClarice.pdf	02/09/2016 16:45:56	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	curMonique.pdf	02/09/2016 16:45:15	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	curEdmila.pdf	02/09/2016 16:44:47	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	coparticipantes.pdf	02/09/2016 16:32:39	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	02/09/2016 16:22:15	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Goiânia, 16 de Dezembro de 2019.

---

**Assinado por:**  
**ROGÉRIO JOSÉ DE ALMEIDA**  
**(Coordenador)**

## ANEXO C – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO SAQ



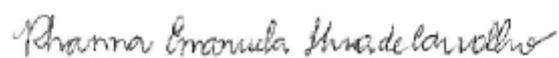
Universidade Estadual do Ceará  
Centro de Ciências da Saúde

À Profª Drª Sergiane Bisinoto Alves,

Agradeço o interesse pelo instrumento *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form 2006*, adaptado, traduzido e validado para hospitais brasileiros em meu estudo de Doutorado e intitulado *Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ)*. Eu dou a minha permissão para sua utilização para fins de pesquisa.

Atenciosamente,

Fortaleza, 26 de setembro de 2019.



Profª Dra. Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho