

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MARCELA MOREIRA NASCIMENTO PRIETO**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DURANTE A  
PANDEMIAS DA COVID-19**

**SÃO CARLOS – SP**

**2021**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARCELA MOREIRA NASCIMENTO PRIETO

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DURANTE A  
PANDEMIA DA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

**Linha de Pesquisa 2:** Trabalho e gestão em saúde e enfermagem

**Eixo temático 2.1:** Gestão e Tecnologias em Saúde

**Orientadora:** Profa. Dra. Sílvia Helena Zem-Mascarenhas

SÃO CARLOS – SP

2021



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

**Folha de Aprovação**

---

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Marcela Moreira Nascimento Prieto, realizada em 05/02/2021.

**Comissão Julgadora:**

Profa. Dra. Sílvia Helena Zeri Mascarenhas (UFSCar)


Profa. Dra. Valéria Cristina Gabassa (EBSERH)

Profa. Dra. Lillian Regina de Carvalho (SENAC)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

# Dedicatória



*Aos meus amigos e familiares  
são-carlenses que foram  
fundamentais na minha vida  
desde minha chegada à  
cidade, me acolhendo tão  
bem e me incentivando  
sempre a ir em busca dos  
meus sonhos!*

*À equipe de Enfermagem do  
H<sup>U</sup>-UFSCar, em especial à  
antiga equipe do plantão  
noturno 1 da Clínica Médica  
e à equipe da Pediatria! Sorte  
a minha trabalhar com  
pessoas tão especiais!*

# Agradecimentos

*Agradeço a Pai Oxalá e aos Guias por sempre iluminarem meus passos e me fortalecerem diante das dificuldades.*

*Agradeço ao meu paizinho por todos os ensinamentos passados a mim de forma tão leve e que mesmo sem perceber foram fundamentais para eu me tornar a pessoa que sou hoje.*

*À minha orientadora Professora Sílvia Zem, só tenho que agradecer toda a amizade, o carinho, a paciência e apoio durante toda essa empreitada.*

*Agradeço ao meu marido e melhor amigo Evandro que sempre esteve ao meu lado, acreditando no meu potencial, torcendo por mim e me fazendo sorrir sempre quando eu mais precisava.*

*Agradeço aos meus filhos Arthur e Augusto que são constante fonte de motivação e inspiração. São por vocês que luto para ser alguém melhor.*

*Agradeço a Vida pelas inúmeras oportunidades de aprendizado que pude vivenciar nessa jornada!*

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Características da cultura nas OACs e nas organizações de saúde. São Carlos, 2020.....	17
<b>Quadro 2.</b> Definições das dimensões da cultura de segurança do paciente. São Carlos, 2020.....	24

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
HU	Hospital Universitário
NQF	<i>National Quality Forum</i>
OAC	Organizações de Alta Confiabilidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

RESUMO .....	8
HISTÓRICO ESCOLAR .....	10
1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS .....	14
2.1 Objetivo geral.....	14
2.2 Objetivos específicos .....	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO .....	15
3.1 Segurança do Paciente .....	15
3.2 Organizações de Alta Confiabilidade e Instituições de Saúde.....	16
3.3 Cultura organizacional .....	17
3.4 Cultura de Segurança do Paciente.....	18
5. METODOLOGIA .....	21
5.1 Tipo de estudo.....	21
5.2 Local de estudo .....	22
5.3 Participantes .....	22
5.4 Instrumento de pesquisa.....	23
5.5 Coleta dos dados .....	25
5.6 Tratamento e análise dos dados .....	25
5.7 Aspectos éticos.....	28
6. RESULTADOS ESPERADOS .....	28
7. CRONOGRAMA .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
8. PRODUÇÃO CIENTÍFICA .....	54
9. REFERÊNCIAS .....	55
APÊNDICE 1.....	64
ANEXO 1.....	66
ANEXO 2.....	73
ANEXO 3.....	74
ANEXO 4.....	77

## RESUMO

A avaliação da cultura de segurança permite obter uma visão clara dos aspectos relacionados à segurança do paciente que precisam de adequações e requerem mais atenção, possibilitando à instituição a melhoria de seus processos de trabalho. A atual pandemia da COVID-19 tem gerado diversas mudanças nas organizações de saúde que impactam diretamente na atuação do profissional e na segurança do paciente. Nesse contexto, buscou-se com essa pesquisa responder à seguinte questão: Qual a cultura de segurança do paciente de um hospital universitário e sua interface com a COVID-19 sob a perspectiva dos profissionais de saúde? Essa pesquisa teve como objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente em um hospital universitário durante a pandemia do COVID-19. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, do tipo *Survey* com abordagem quantitativa, por meio da aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* aos profissionais que atuam de forma direta e indireta na assistência ao paciente. Foram convidados a participar da pesquisa 336 profissionais de saúde atuantes no hospital. O questionário foi enviado por e-mail aos participantes e a coleta de dados ocorreu no período de 01 de dezembro de 2020 a 15 de janeiro de 2021. Os dados foram submetidos à análise descritiva orientada pelo *User's Guide* da *Agency for Healthcare Research and Quality*. A taxa de resposta ao questionário foi de 6,54% no hospital como um todo e de 23,07% entre os técnicos de enfermagem da Pediatria. Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. Duas dimensões foram consideradas neutras na análise geral e cinco dimensões foram consideradas neutras na análise da Pediatria. As dimensões mais críticas, que apresentaram pior índice de respostas positivas foram: “Resposta não punitiva aos erros”, “Frequência de notificação de eventos”, “Pessoal/Profissional”, “Trabalho em equipe entre unidades”, “Feedback e comunicação sobre erros”, “Apoio de gestão para segurança do paciente”, “Percepção Geral da Segurança do Paciente”. Os resultados da pesquisa vão ao encontro de outras pesquisas que não obtiveram dimensões fortalecidas e cuja dimensão “Resposta não punitiva aos erros” é considerada crítica. Não foi possível correlacionar os resultados com a pandemia da COVID-19 devido a ausência de estudo anterior que avaliou a cultura de segurança do paciente na instituição.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Cultura organizacional; COVID-19.





## **ABSTRACT**

The evaluation of the safety culture allows to obtain a clear view of the aspects related to patient safety that need adjustments and require more attention, enabling the institution to improve its work processes. The current pandemic of COVID-19 has generated several changes in health organizations that directly impact the performance of professionals and patient safety. In this context, this research sought to answer the following question: What is the culture of patient safety in a university hospital and its interface with COVID-19 from the perspective of health professionals? This research aimed to evaluate the patient safety culture in a university hospital during the COVID-19 pandemic. This is a descriptive, cross-sectional, Survey type study with a quantitative approach, by applying the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire to professionals who work directly and indirectly in patient care. 336 health professionals working at the hospital were invited to participate in the research. The questionnaire was sent by email to the participants and the data collection took place from December 1, 2020 to January 15, 2021. The data were submitted to descriptive analysis guided by the User's Guide of the Agency for Healthcare Research and Quality. The rate of response to the questionnaire was 6.54% in the hospital as a whole and 23.07% among nursing technicians in Pediatrics. No dimension was considered strengthened. Two dimensions were considered neutral in the general analysis and five dimensions were considered neutral in the analysis of Pediatrics. The most critical dimensions, which presented the worst index of positive responses, were: "Nonpunitive response to error", "Frequency of event reporting", "Staffing", "Teamwork across hospital units", "Feedback and communication about error", "Supervisor/manager expectations and actions promoting patient safety", "Overall perceptions of safety". The survey results are in line with other surveys that did not have strengthened dimensions and whose dimension "Nonpunitive response to error" is considered critical. It was not possible to correlate the results with the COVID-19 pandemic due to the absence of a previous study that evaluated the patient safety culture at the institution.

**Keywords:** Patient safety; Organizational culture; Quality of Health Care; COVID-19.

# HISTÓRICO ESCOLAR

	<b>Universidade Federal de São Carlos</b> <b>Pró-Reitoria de Pós-Graduação</b> <b>Histórico Escolar Completo</b>	
<p>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Área de Concentração: Cuidado e Trabalho em Saúde e Enfermagem Nível do Curso: Mestrado Último Credenciamento: Port. MEC 609, de 14/03/2019 Aluno(a): <b>MARCELA MOREIRA NASCIMENTO</b> Filiação: Dercy do Nascimento Silva e Maria Madelena Moreira Silva Local de Nascimento: Sete Lagoas - MG Data de Nascimento: 28/09/1988 CPF: 0888280855 Graduação na Instituição: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri Curso: Enfermagem <span style="float: right;">Ano: 2008</span> Pós-Graduação na Instituição: --- Nível / Curso: --- <span style="float: right;">Ano: ---</span></p>		
<p>Data de matrícula: 13/03/2019 Sujeito ao Regimento Interno aprovado pela CoPG, 69.ª reunião, 27/05/2015 Orientador(a): Profa. Dra. Sílvia Helena Zem Mascarenhas</p>		
<p>Bolsa de Estudo: Não possui Exame de Qualificação: O aluno não possui exame de qualificação. Exame de Proficiência: 11/06/2016 - Idioma: Inglês</p>		

**ATENÇÃO** Este é um documento oficial da Pró-Reitoria de pós-graduação da UFSCar e está isento de carimbo e assinatura.

Codigo: <b>IVSP-XT4Z-7PNA-WJ08</b>	Documento emitido às 15:26 horas do dia 24/06/2021 (hora e data de Brasília) Documento válido até 15:26 horas do dia 24/06/2021 (hora e data de Brasília) A autenticidade pode ser verificada em: <a href="http://proggweb.ufscar.br/ProPOWeb/ValidarDocumento.do">http://proggweb.ufscar.br/ProPOWeb/ValidarDocumento.do</a>
---------------------------------------	---

APROVEITAMENTO							
Código / Disciplina / Tipo do Aluno	Car.	Sem.	Ano	Fr. (%)	N. de Cr.	Conc.	
ENF-029 / Instrumentalização Para a Prática de Pesquisa em Saúde / AE Aprovado na Reunião 125.a de 08/05/2019	OP	1	2017	87.50	4	A	
ENF-030 / Prática Clínica Baseada em Evidências / AE Aprovado na Reunião 125.a de 08/05/2019	OP	1	2017	75.00	8	A	
ENF-010 / Infecções nos Diferentes Cenários de Atenção à Saúde / R	OP	1	2019	95.00	6	A	
ENF-042 / Integridade Ética da Pesquisa com Seres Humanos / R	OP	1	2019	100.00	4	A	
ENF-109/02 / Tópicos em Gestão em Saúde: Desafios Tecnológicos / R	OP	1	2019	100.00	8	A	
ENF-003 / Fundamentos Teóricos Para Pesquisa e Cuidado da Família / R	OP	2	2019	81.00	6	A	
ENF-018 / Percepção e Avaliação da Dor: Aspectos Culturais, Biológicos, Cognitivos, Psicológicos e Espirituais / R	OP	2	2019	94.00	6	A	
Créditos Reconhecidos: 0	Aprovados na --- a. Reunião						
					Total de Créditos:	42	
					Rendimento Médio:	4.00	

Informações suplementares:

Períodos de trancamento de matrícula (data e reunião CPG): Não houve trancamentos de matrícula.

Períodos como aluno especial: 1/2017

Promovações de prazo: Não houve promoções de prazo.

Caráter da Disciplina: O (Obrigatória), AC (Área de Concentração), OP (Optativa)

Tipo do Aluno: R = Aluno Regular, AE = Aluno Especial, AV = Aluno Visitante, T = Transferência

Avaliações: A = Excelente, B = Bom, C = Regular, D = Insuficiente, E = Reprovado (A, B e C com direito a crédito)

Créditos mínimos em disciplinas: 35 (Dissertação: 65)

1 crédito = 15 horas de atividade

Rendimento médio: de zero a 4,0

Aluno(a): Marcela Moreira Nascimento

Nível: Mestrado - Programa: PPGEnf

**ATENÇÃO** Este é um documento oficial da Pró-Reitoria de pós-graduação da UFSCar e está isento de carimbo e assinatura.

Código: <b>IV6P-X74Z-7PNA-WJX6</b>	Documento emitido em 15:26 horas do dia 24/01/2021 (hora e data de Brasília) Documento válido até 15:26 horas do dia 24/04/2021 (hora e data de Brasília) A autenticidade pode ser verificada em: <a href="http://proppweb.ufscar.br/ProPGWeb/validaDocumento.do">http://proppweb.ufscar.br/ProPGWeb/validaDocumento.do</a>
---------------------------------------	---

# 1. INTRODUÇÃO

Os cuidados prestados nas instituições de saúde estão se tornando cada vez mais complexos, o que eleva o potencial de ocorrência de erros e falhas, comprometendo a segurança do paciente (BRASIL, 2017).

A preocupação em torno da segurança do paciente e os seus impactos na assistência cresceu de forma expressiva nas últimas décadas. A segurança do paciente é um fator crucial na prestação de cuidados de saúde de qualidade e, portanto, é uma preocupação global da saúde (RAZZANI et al, 2020).

Conhecer até que ponto os profissionais de saúde percebem a segurança do paciente é um passo importante para compreender a visão geral da organização de saúde sobre esse tema (KHOSHAKHLAGH et al, 2019; ALQATTAN et al, 2018). Uma das formas de melhorar a segurança do paciente é melhorar o sistema no qual a prestação de cuidados está inserida (REIS, 2013). Neste contexto, a cultura de segurança do paciente é um dos indicadores que permite compreender como uma organização lida rotineiramente com as diversas questões e abordagens relacionadas à segurança do paciente.

A cultura de segurança iniciou em indústrias de alto risco como indústrias de aviação, energia nuclear e petróleo. Devido à sua periculosidade e a necessidade de evitar que erros provoquem desastres imensuráveis, estas indústrias atingiram o patamar de Organizações de Alta Confiabilidade (OAC). Essas organizações compreendem que os erros exigem um olhar diferenciado para o sistema e que tais erros podem acontecer independentemente das pessoas. Tais organizações procuram ativamente identificar a ocorrência dos erros e suas ameaças a fim de minimizá-los antes que esses erros possam colocar as pessoas em risco (NIEVA; SORRA, 2003; CHASSIM; LOEB, 2011; REIS, 2014).

A cultura de segurança tem um conceito multidimensional e se destaca ao refletir o comprometimento dos profissionais da organização com a contínua promoção de um ambiente terapêutico seguro. Esse comprometimento influencia comportamentos e resultados de segurança, não só para os pacientes, mas também para os profissionais e para a própria organização (REIS, 2014; TEIGNÉ et al, 2019).

Considerando que a promoção da cultura de segurança do paciente entre os profissionais de saúde é um mecanismo para reduzir eventos adversos e manter a qualidade da assistência (AKOLOGO et al, 2019), um passo importante é avaliar a cultura de

segurança do paciente em uma organização de saúde, em busca de um cuidado cada vez mais seguro.

De forma geral, avaliar a cultura de segurança ajuda na identificação e na mensuração das condições organizacionais que levam a eventos adversos além de incitar o desenvolvimento e a avaliação de intervenções de melhoria da segurança nas organizações de saúde (NIEVA; SORRA, 2003; KHOSHAKHLAGH et al, 2019).

A avaliação da cultura de segurança do paciente permite obter uma visão clara dos aspectos da segurança do paciente que precisam de adequações e requerem mais atenção, possibilitando à instituição a melhoria de seus processos ao enfatizar a segurança do paciente como uma prioridade institucional (KHOSHAKHLAGH et al, 2019).

As ferramentas de avaliação da cultura fornecem um caminho para entender uma cultura, confrontá-la e então transformá-la, uma vez que a avaliação da cultura de segurança fornece à organização um entendimento básico das percepções e atitudes relacionadas à segurança de colaboradores (NIEVA; SORRA, 2003).

A partir do momento em que se reconhecem os pontos positivos e os pontos de melhoria a respeito da cultura de segurança em uma instituição de saúde, é possível planejar medidas para implementar processos assistenciais cada vez mais seguros.

O atual panorama da pandemia da COVID-19 gerou diversas mudanças nas organizações de saúde que impactam diretamente na atuação do profissional e na segurança do paciente.

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2 que se manifesta por sintomas respiratórios e gripais. Seu surto iniciou em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan na China e se disseminou de forma rápida, ultrapassando fronteiras e atingindo vários países. Em 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a COVID-19 como uma pandemia e alertou os países sobre a necessidade de contenção da transmissão da doença e consequentemente a diminuição de sua letalidade (BRASIL, 2020; CHEN et al, 2020; ZANG et al, 2020).

O primeiro caso no Brasil foi registrado em 26 de fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo. Em 20 de março foi declarada a transmissão comunitária da doença em território brasileiro (BRASIL, 2020).

A sua rápida disseminação tornou-se uma emergência de saúde pública mundial sendo responsável por mais de 90 milhões de casos e quase dois milhões de mortes no mundo e mais de oito milhões de casos e cerca de 205 mil mortes no Brasil, dados referentes a janeiro de 2021 (OLIVEIRA, 2021).

A atual pandemia gerou um desafio sem precedentes à saúde e levou os serviços de saúde a um novo cenário que influencia a saúde e a segurança dos profissionais e pacientes envolvidos no cuidado (GALLASH et al, 2020; WU et al, 2020).

Os profissionais de saúde lidam diariamente com mudanças internas e externas à organização ocasionadas pela pandemia. O medo do contágio e da disseminação da doença está constantemente presente, ao mesmo tempo em que esses profissionais se esforçam em prestar uma assistência segura e de qualidade ao paciente (WU et al, 2020).

As questões de segurança do paciente nunca devem ser esquecidas e subestimadas, mesmo em uma crise. As diretrizes clínicas, protocolos, treinamento da equipe, avaliação de competências e documentação das ações assumem significado vital neste período de incertezas. Sua adequação, portanto, é claramente uma questão de segurança do paciente (TINGLE, 2020).

Neste contexto a pandemia do novo coronavírus tem gerado muitas angústias e expectativas entre os profissionais de saúde que se depararam com uma situação inusitada, capaz de desafiar e mudar todo o seu contexto profissional, pessoal e institucional.

A execução desse estudo justifica-se pela necessidade de avaliar a cultura de segurança do paciente em suas diversas dimensões e conseqüentemente avaliar a efetividade dos processos institucionais e da atuação dos profissionais considerando a segurança no paciente e os riscos inerentes à assistência no contexto da COVID-19.

Desta forma, busca-se com essa pesquisa responder a seguinte questão: Qual a cultura de segurança do paciente de um hospital universitário (HU) durante a pandemia da COVID-19 sob a perspectiva dos profissionais de saúde?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar a cultura de segurança do paciente em um hospital universitário no contexto da pandemia da COVID-19.

### **2.2 Objetivos específicos**

2.2.1 Identificar e categorizar a cultura nos diferentes setores da instituição.

2.2.2 Identificar as potencialidades e as fragilidades da cultura de segurança do paciente na instituição no cenário da pandemia da COVID-19.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Segurança do Paciente

A assistência à saúde sofreu diversas mudanças ao longo dos anos e está se tornando cada vez mais complexa. Diversos fatores associados, como a compreensão cada vez maior do processo saúde-doença, a incorporação de tecnologias no processo de cuidado e a diversidade de processos organizacionais, contribuem de forma significativa para o aumento da complexidade assistencial. Com essa complexidade advém o potencial de ocorrência de erros e falhas o que pode, de fato, comprometer a segurança do paciente (THE NATIONAL QUALITY FORUM, 2010; REIS, 2014; BRASIL, 2017).

Em 2004, a OMS lançou a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente) com o intuito de abranger os conceitos relacionados à segurança do paciente e orientar medidas para minimizar erros advindos da assistência prestada. Esse marco ocorreu após a 55ª Assembleia Mundial de Saúde, ocorrida em 2002, orientar os países membros da OMS a se dedicarem mais às questões de segurança do paciente (BRASIL, 2014).

As preocupações em torno dos eventos adversos e estratégias para minimizá-los ganharam força após a publicação, em 1999, do relatório “*To err is human: building a safer health system*”, onde foi evidenciado de forma alarmante, a insegurança das práticas de cuidado do paciente e o risco aos quais estes estão expostos (BRASIL, 2011). Em resumo, tal publicação apontou que os erros médicos matavam entre 40.000 e 98.000 pessoas em hospitais dos Estados Unidos a cada ano. Pessoas morriam mais em decorrência de erros médicos do que de acidentes em estradas, câncer de mama e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (KOHN et al, 1999).

Antes da publicação do relatório supracitado, já haviam evidências norte-americanas publicadas a respeito de danos provenientes da assistência à saúde e que muitos desses danos resultaram em morte (BRENNAN et al, 1991). Embora essas evidências tenham relevância, o impacto do relatório foi gigantesco e tal publicação é considerada mundialmente um marco para o olhar diferenciado à segurança do paciente (SAMMER et al, 2010).

Em consonância com o movimento mundial em prol da segurança do paciente, no Brasil, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 529 de 2013 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O PNSP vem como estratégia nacional para

orientar os serviços de saúde e os profissionais a reduzirem os riscos inerentes à assistência à saúde, consolidando ações de segurança. Sendo assim tal Portaria entende como segurança do paciente a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2013).

A segurança do paciente é um componente crítico da melhoria da qualidade do cuidado e refere-se a evitar danos corporais inadvertidos aos pacientes durante a prestação de cuidados e é um dos parâmetros influentes e fundamentais na qualidade da assistência à saúde (REIS, 2013; RAEISSI et al, 2017; RAZZANI et al, 2020).

Para alcançar a segurança do paciente, minimizando a ocorrência de eventos adversos advindos da assistência, é necessário implementar estratégias que estimulem o reconhecimento de falhas e de fatores que possam interferir e prejudicar o cuidado, de forma a transformar os processos para que as ações sejam prestadas de forma mais segura.

Essa iniciativa de identificação precoce de erros e práticas inseguras capazes de comprometer a integridade do sistema e consequente afetar várias pessoas é uma característica que pode ser reconhecido nas OACs.

### **3.2 Organizações de Alta Confiabilidade e Instituições de Saúde**

Ao transformar suas percepções e ao focar os processos como fonte de melhoria, as instituições de saúde passam a ter um olhar de instituições de alto risco, também consideradas neste contexto de OACs, em que a identificação de riscos, compreendendo mudança nos processos, são vitais para a minimização de erros e de eventos adversos (NIEVA; SORRA, 2003).

As indústrias de alto risco entendem que os erros podem acontecer independente das pessoas, e sim devido ao processo de trabalho. Erroneamente na área da saúde, a confiança em si do profissional, sua autonomia e a falta de ênfase nos protocolos e processos, aumentam a insegurança do cuidado prestado podendo aumentar os erros assistenciais. Em outras palavras, uma cultura de segurança positiva, presente nas OACs, reconhece a inevitabilidade do erro e procura identificar de forma proativa suas ameaças. Já uma cultura patológica nega a existência do erro, pois a falha é punida e a melhor maneira de se evitar uma punição neste contexto patológico é o não reconhecimento dos problemas. (SAMMER et al, 2010; WESTRUM, 1992).

As organizações de alta confiabilidade apresentam elevados riscos envolvidos em seus processos de trabalho. Indústria de aviação, energia nuclear, petróleo são exemplos de OAC. Essas empresas consideram o sistema como foco e não os indivíduos (REIS, 2014).



Nessas instituições os trabalhadores estão rotineiramente atentos para tudo aquilo que possa significar ou resultar em um erro e são amplamente incentivados a divulgar os processos e falhas. Isso permite que a instituição identifique os problemas e os corrija antes mesmos de colocar as pessoas em risco (REIS, 2014; CHASSIM; LOEB, 2011).

No Quadro 1 é possível comparar as características das Organizações de Alta Confiabilidade e das organizações de saúde.

**Quadro 1.** Características da cultura nas OACs e nas organizações de saúde. São Carlos, 2021.

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

**Fonte:** REIS, C.T. Cultura em segurança do paciente. In: SOUSA, P. and MENDES, W. orgs. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, pp. 75-99. Vol. 2. ISBN: 978-85-7541-594-8. Doi: 10.7476/9788575415948.0006.

Uma vez desmistificados a culpa e a vergonha individuais como a fonte do erro dentro de uma organização é possível identificar as lacunas nos processos que causam os erros e se pautar em processos educativos que ensinem ao reconhecimento das origens do erro, sua mitigação e despertem mudanças plausíveis para diminuir e/ou eliminar a sua ocorrência (REASON, 1997).

As características das OACs são reflexos de sua cultura organizacional. Cultura a qual é voltada para o reconhecimento dos erros e consequente aprendizado a partir dessas falhas.

### **3.3 Cultura organizacional**

A cultura organizacional é um conjunto de pressupostos básicos desenvolvidos e integrados por um grupo, e que são considerados válidos em seu ambiente. Por essas características esses pressupostos são passados adiante a novos membros e que os incorporam. O grupo, assim, aprende e compartilha o conhecimento de forma contínua (REIS, 2014).

A cultura organizacional possui sete características básicas apontadas por Guldenmund (2000), sendo elas:

- a cultura é uma abstração e não um fenômeno concreto;

- a cultura 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 como, por exemplo, a cultura de segurança;
- leva a práticas ostensivas;
- atende uma proposta funcional.

Essas características ajudam compreender a cultura organizacional, uma vez que esta apresenta várias definições (REIS, 2014).

A cultura de segurança faz parte da cultura organizacional e assume papel fundamental em muitas instituições. As organizações de saúde incorporaram esse conceito por meio da cultura de segurança do paciente (NIEVA; SORRA, 2003).

### **3.5 Cultura de Segurança do Paciente**

A cultura de segurança do paciente, considerada como uma importante estratégia para alcançar e garantir a segurança do paciente no âmbito das instituições de saúde, é conceituada de forma ampla pelo PNSP. Entende-se, dessa forma, por cultura de segurança do paciente:

- a) a cultura na qual todos os profissionais envolvidos no cuidado e os gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional;
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013).

Em 1993 a *Health and Safety Commission*, definiu a cultura de segurança como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura. Neste contexto, as organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações baseadas na confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança e pela confiança na eficácia de medidas preventivas (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993).

Apesar da cultura de segurança do paciente ter um conceito abstrato e de difícil mensuração é necessário desenvolver um entendimento das atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde relacionados à segurança do paciente (ALQATTAN et al, 2018).

A cultura de segurança do paciente é um subconjunto da cultura organizacional (KHOSHAKHLAGH et al, 2019). Sammer et al (2010) enfatizou a cultura de segurança como sendo um fenômeno complexo, reconhecendo o impacto potencial que a cultura pode ter na estrutura organizacional das instituições. Foram identificadas sete propriedades que estão presentes e são avaliadas na cultura de segurança, as quais Sammer et al (2010) chamou de subculturas:

1. Liderança: os líderes reconhecem que o ambiente da saúde é um ambiente de alto risco e procuram projetar, promover e nutrir uma cultura de segurança. A falta de liderança é atribuída como uma barreira à cultura de segurança.
2. Trabalho em equipe: diz respeito à colaboração entre os profissionais, espírito de equipe e compartilhamento de responsabilidades. A cooperação entre gestores, funcionários e prestadores de serviços, demonstram relacionamentos respeitosos e seguros.
3. Baseado em evidências: o cuidado ao paciente é pautado em práticas baseadas em evidências. As organizações de saúde que demonstram as melhores práticas baseadas em evidências, incluindo processos, protocolos, listas de verificação e diretrizes padronizadas, exibem uma cultura de segurança fortalecida.
4. Comunicação: a comunicação baseia-se em uma linguagem assertiva e estruturada. Estratégias como “*read backs*”, “*time-outs*”, “*briefings*”, “*debriefings*” e os “*feedbacks*” são amplamente incentivadas, além de propiciarem um ambiente de confiança.
5. Aprendizagem: os erros ocorridos na instituição são considerados oportunidades de melhorias para desempenho da equipe. A aprendizagem é valorizada entre todos os profissionais e deve ocorrer a partir de falhas e de práticas bem-sucedidas.
6. Cultura Justa: os erros são reconhecidos como falhas do sistema, nos processos, e não como falhas individuais. No entanto, os profissionais são responsabilizados por suas ações. Uma das maneiras de definir cultura justa é pensar em uma escala bilateral de justiça. Um lado da escala é a responsabilidade individual e o outro lado é a falha do sistema.
7. Centrado no paciente: o cuidado é centrado no paciente e sua família. Devem atuar como um elo entre a instituição e a comunidade a qual pertencem, além de participar ativamente de próprio cuidado. O hospital centrado no paciente permite e capacita os pacientes a participarem de suas decisões de cuidados.

Dessa forma, é possível notar que uma cultura de segurança do paciente positiva depende de diversos fatores associados como comunicação eficaz, equipe preparada, conhecimento e cumprimento de procedimentos e protocolos, suporte à liderança, resposta não punitiva aos erros, trabalho em equipe e foco no paciente. Uma cultura de segurança que reconhece todos esses fatores é capaz de promover na instituição um aprendizado colaborativo, confiante na necessidade e importância do relato de erros para a construção de processos cada vez mais seguros (BIRK, 2015). Uma cultura de segurança positiva direciona os comportamentos dos profissionais de saúde para que a segurança do paciente se torne uma de suas maiores prioridades (KHOSHAKHLAGH et al, 2019).

Para prevenir e minimizar os efeitos adversos e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde é essencial que a segurança seja aceita como parte intrínseca da cultura da organização. Com esse olhar é possível criar uma cultura de segurança positiva e reforçar consistentemente sua manutenção (MAKARY; DANIEL, 2016; KIM et al, 2018; RAZZANI et al, 2020). Uma cultura de segurança do paciente bem difundida reduz os erros e a probabilidade de que medidas corretivas sejam implantadas (OKUYAMA et al, 2018).

Em detrimento da cultura de culpabilização do profissional que comete um erro, pensa-se em uma nova abordagem em que o foco é repensar os processos assistenciais. Tal abordagem consiste em identificar possíveis erros ao reconhecer as instabilidades dos processos relacionados ao cuidado. Essa antecipação dos erros antes que ocorram e causem dano ao paciente é uma estratégia crucial e eficaz para alcançar a segurança do paciente (NIEVA; SORRA, 2003; BRASIL, 2015).

A cultura de segurança do paciente positiva além de ajudar a reduzir eventos adversos é uma poderosa aliada para melhorar a qualidade da assistência prestada e aumentar a satisfação dos pacientes e dos prestadores de cuidados (GALVAN et al, 2005; KOHN et al, 1999)

No entanto, Nieva e Sorra (2003) destacam que de nada adianta implementar protocolos, diretrizes clínicas, treinamentos e tecnologias na tentativa de melhorar a segurança do paciente se a organização não reconhecer de fato a importância de criar uma cultura de segurança positiva entres os colaboradores.

Uma das estratégias que podem ser utilizadas para a análise dos processos que influenciam a segurança do paciente é a avaliação da cultura de segurança do paciente. O reconhecimento da cultura, com a criação de uma cultura de segurança positiva nos cuidados de saúde, pode ser imperativo para qualquer tipo de programa de melhoria da segurança (SAMMER et al, 2010). Promover uma cultura de segurança é essencial para

reduzir eventos adversos e é considerada um dos principais componentes de qualidade dos serviços de saúde (AKOLOGO et al, 2019; KHOSHAKHLAGH et al, 2019).

O *National Quality Forum* (NQF) enfatiza que a melhoria da cultura de segurança é crucial para promover a segurança nos serviços que prestam assistência à saúde (THE NATIONAL QUALITY FORUM, 2010). Ao avaliar a cultura de segurança de uma instituição é possível conhecer as percepções e comportamentos dos colaboradores que se relacionam e impactam na segurança do paciente. A partir desse conhecimento pode-se pensar em estratégias para melhorar o processo do cuidado ao se identificar as áreas mais problemáticas elucidadas pelo olhar de quem oferta a assistência (NIEVA; SORRA, 2003; TELES; KAYA, 2019).

Ao avaliar a cultura de segurança de uma instituição é possível conhecer as percepções e comportamentos dos colaboradores que se relacionam e impactam na segurança do paciente, uma vez que nos ambientes de saúde, comportamentos e atitudes moldam a cultura de cada organização (KAUFMAN; MCCAUGHAN, 2013; OKUYAMA et al, 2018). A partir desse conhecimento pode-se pensar em estratégias para melhorar o processo de assistências ao se identificar as áreas mais problemáticas elucidadas pelo olhar de quem oferta a assistência (NIEVA; SORRA, 2003).

As avaliações da cultura podem ser usadas para diagnosticar a cultura de segurança com o objetivo de identificar áreas de melhoria e aumentar a conscientização sobre a segurança do paciente; avaliar intervenções ou programas de segurança do paciente e acompanhar as mudanças ao longo do tempo; realizar comparações internas e externas; e cumprir diretrizes ou requisitos regulatórios (NIEVA; SORRA, 2003).

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, do tipo *Survey* com abordagem quantitativa, por meio da aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) aos profissionais que atuam de forma direta e indireta na assistência ao paciente em um hospital localizado no interior do estado de São Paulo.

A pesquisa descritiva transversal tem o objetivo de observar, descrever e explorar os diversos aspectos de uma situação em um período limitado de tempo. A opção pela pesquisa do tipo *Survey* se deu por entender que dados oriundos de questionário estruturado

e validado podem refletir conhecimentos, atitudes, opiniões e valores dos indivíduos, além da distribuição e relações dos fenômenos dentro de uma população, sendo apropriada para atingir os objetivos propostos (POLIT; BECK, 2012).

#### **4.2 Local de estudo**

Trata-se de um hospital universitário público no interior de São Paulo. O HU possui gestão federal há cinco anos, e conta com sete setores que prestam assistência direta ao paciente: Pronto Atendimento Adulto, Pronto Atendimento Infantil, Enfermaria Adulto, Enfermaria Infantil, Unidade de Saúde Mental (Psiquiatria), Unidade de Imagem (Radiologia e Centro Cirúrgico) e Ambulatório de Especialidades. Os pronto atendimentos possuem demanda referenciada e o ambulatório de especialidades têm demanda regulada pela Secretaria Municipal de Saúde.

A instituição dispõe atualmente 77 leitos hospitalares, sendo todos os atendimentos realizados exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde. Em face à pandemia da COVID-19, algumas mudanças estruturais foram implantadas para que o hospital pudesse acolher doentes suspeitos da COVID-19 de forma satisfatória:

- O hospital foi organizado em dois blocos: um com 44 leitos para atender pacientes com sintomas gripais (suspeitos de COVID-19) e outro com 23 leitos para os demais pacientes;
- Além disso, foram finalizados e entregues dez leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para o atendimento exclusivo de pacientes com COVID-19 provenientes de São Carlos e região;
- Com a nova estrutura, novos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem) foram contratados em caráter emergencial e temporário para atuarem exclusivamente no atendimento a pacientes com suspeita de COVID-19.

#### **4.3 Público Alvo**

No total 279 profissionais concursados e terceirizados atuam na assistência direta e indireta ao paciente e 57 profissionais foram contratados temporariamente para o atendimento a pacientes com suspeita de COVID-19. Desta forma foram convidados a participar da pesquisa 336 profissionais de saúde do HU que atualmente atuam na assistência direta e indireta ao paciente. Dentre os profissionais encontram-se enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, técnicos em nutrição,

psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, técnicos em radiologia, técnicos em laboratório, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e técnicos em farmácia. Como critério de inclusão da pesquisa, estes profissionais deveriam atuar no HU por um período igual ou superior a 30 dias.

Fizeram parte da pesquisa os profissionais que aceitarem participar com anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderam ao questionário.

#### **4.4 Instrumento de pesquisa**

O HSOPSC é um instrumento quantitativo de análise da cultura de segurança hospitalar. Foi originalmente desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) em 2004 e traduzido e validado no Brasil em 2012 (REIS, 2013). Tal questionário é mundialmente aplicado em instituições hospitalares para mensurar a cultura de segurança do paciente e suas implicações (OKUYAMA et al, 2018).

O HSOPSC já foi utilizado em mais de 45 países, sendo traduzido para mais de 20 idiomas. Porém nem todos os países tiveram estudos a respeito de suas propriedades psicométricas e validação das traduções (HEDSKÖLD et al, 2013; DANIELSSON et al, 2019; TEIGNÉ et al, 2019).

O HSOPSC permite identificar áreas cuja cultura necessita melhoria, avaliar a efetividade de ações implementadas para a melhoria de segurança ao longo do tempo, possibilitar *benchmarking* interno e externo, auxiliando a organização a identificar como sua cultura de segurança difere da cultura de outras organizações e priorizar esforços de fortalecimento da cultura ao identificar suas fragilidades (NIEVA; SORRA, 2003).

Através de questionamentos a respeito dos pontos primordiais relacionados à segurança do paciente, o HSOPSC avalia as múltiplas dimensões da cultura presentes na instituição de saúde. Tais dimensões incluem os valores, as crenças e as normas da organização de saúde bem como os processos de comunicação, liderança e gestão da organização que se relacionam direta e indiretamente com a segurança do paciente e assistência prestada (REIS, 2013).

O HSOPSC avalia 12 dimensões da cultura de segurança por meio de 42 questões. Cada dimensão possui entre 3 e 4 itens para avaliação. As respostas aos itens do questionário se dão através de opções de uma escala tipo *Likert* que variam de “sempre” a “nunca” e “concordo totalmente” a “discordo totalmente” (Anexo1). O HSOPSC também avalia o número de notificação de eventos realizados nos últimos 12 meses e a nota de segurança do paciente atribuída à instituição.

Além disso, o HSOPSC possui uma sessão para análise sociodemográfica e consequente categorização dos participantes da pesquisa.

Das 12 dimensões analisadas pelo HSOPSC, sete dimensões correspondem à unidade ou setor de trabalho, três correspondem à organização como um todo e as outras duas avaliam a percepção geral da segurança e o número de notificações de eventos adversos.

No Quadro 2 são apresentadas as dimensões e o número de itens avaliados em cada dimensão e no Quadro 3 são apresentadas as definições de cada dimensão.

**Quadro 2** – Número de itens avaliados em cada dimensão. São Carlos, 2021.

<b>Dimensão</b>	<b>Itens</b>
<b>Dimensões relacionadas à unidade/setor</b>	
Expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança	4
Aprendizado organizacional/ melhoria contínua	3
Trabalho em equipe dentro das unidades	4
Abertura da comunicação	3
Retorno da informação e comunicação sobre os erros	3
Resposta não punitiva aos erros	3
Adequação de pessoal/ profissionais	4
<b>Dimensões do nível organizacional</b>	
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	3
Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	4
Mudanças de turno/ passagem de plantão e transições entre unidades e serviços	4
<b>Dimensões de resultado</b>	
Percepção geral da segurança	4
Frequência da notificação de eventos	3

Fonte: Moretão, 2019; Pedroni, 2020; Sorra, 2016.

**Quadro 3** – Definições das dimensões da cultura de segurança do paciente. São Carlos, 2021.

<b>Dimensão de cultura de segurança do paciente</b>	<b>Definição: até que ponto...</b>
Abertura de Comunicação	Os funcionários falam livremente quando se deparam com algo que pode afetar negativamente um paciente e se sentem à vontade para questionar aqueles com mais autoridade.
Feedback e comunicação sobre erro	Os funcionários são informados sobre os erros que ocorrem, recebem feedback sobre as mudanças implementadas e discutem maneiras de evitar erros.
Frequência de eventos notificados	São relatados erros dos seguintes tipos: (1) erros detectados e corrigidos antes de afetar o paciente, (2) erros sem potencial de prejudicar o paciente e (3) erros que poderiam prejudicar o paciente, mas não o fazem.
Passagens de plantão, transferências e transições de cuidado	Informações importantes sobre o atendimento ao paciente são transferidas pelas unidades hospitalares e durante as mudanças de turno.
Apoio da gestão para segurança do paciente	A gerência do hospital fornece um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e mostra que a segurança do paciente é uma prioridade.
Resposta não punitiva ao erro	Os funcionários sentem que seus erros e relatórios de eventos não são usados contra eles e que os erros não são mantidos em seus arquivos



	peçoais.
Aprendizado organizacional e melhoria contínua	Erros levam a mudanças positivas e as mudanças são avaliadas quanto à eficácia.
Percepções gerais de segurança do paciente	Procedimentos e sistemas são bons para evitar erros.
Adequação de profissionais	Há pessoal suficiente para lidar com a carga de trabalho e o horário de trabalho é apropriado para fornecer o melhor atendimento aos pacientes.
Expectativas e ações de promoção de segurança do supervisor/gerente	Os supervisores/gerentes consideram as sugestões da equipe para melhorar a segurança do paciente, elogiam a equipe por seguir os procedimentos de segurança do paciente e não ignoram os problemas de segurança do paciente.
Trabalho em equipe entre unidades	As unidades hospitalares cooperam e coordenam entre si para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.
Trabalho em equipe nas unidades	Os funcionários se apoiam, tratam-se com respeito e trabalham juntos como uma equipe.

**Fonte:** Sorra J, Gray L, Streagle S, et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. (Prepared by Westat, under Contract No. HHS A290201300003C). AHRQ Publication No. 15-0049-EF (Replaces 04-0041). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. January 2016

A medida para avaliar a cultura de segurança é o percentual de respostas positivas obtidas nas dimensões da cultura. O percentual de respostas positivas maior ou igual a 75% na dimensão indica uma cultura de segurança fortalecida. O percentual de respostas positivas menor ou igual a 50% na dimensão indica uma cultura fragilizada.

O questionário permite que cada item da dimensão seja avaliado separadamente, além de permitir a análise por categoria profissional e por setores.

#### 4.5 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada no período de 01 de dezembro de 2020 a 15 de janeiro de 2021. Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa através do e-mail corporativo da instituição. A Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) enviou por e-mail o instrumento de pesquisa via *Google Forms*, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pela pesquisadora responsável, em formato PDF. O aceite dos profissionais para sua participação na pesquisa foi registrado de forma eletrônica no próprio questionário do *Google Forms*.

#### 4.6 Tratamento e análise dos dados

Os dados coletados foram organizados em quadros e planilhas nos softwares *Microsoft Office Word* e *Microsoft Office Excel*, versão 2007. Posteriormente, os dados foram submetidos à análise descritiva. Tal análise objetiva sintetizar uma série de valores da mesma natureza e permite ter uma visão global da variação desses valores ao descrever os dados por meio de tabelas, gráficos e medidas descritivas (GUEDES et al, 2005).

A análise descritiva foi realizada conforme orientação do *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide*, que é um manual destinado para orientar a aplicação e a análise da pesquisa (SORRA; NIEVA, 2004; SORRA et al, 2016).

Para o cálculo do percentual de retorno dos questionários, foi utilizada a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número de pesquisas retornadas}}{\text{Número de funcionários qualificados que receberam uma pesquisa}} \times 100$$

Na sequência foi realizada a análise descritiva sociodemográfica dos participantes da pesquisa, dos itens e dimensões do questionário, relacionados à segurança do paciente.

Os percentuais de respostas positivas para cada item das dimensões foram calculados através da fórmula (SORRA; NIEVA, 2004):

$$\frac{\text{Número de respostas positivas ao item da dimensão "x"}}{\text{Número total de respostas válidas ao item da dimensão "x" (positiva, negativa e neutra)}} \times 100$$

As respostas positivas referem-se às repostas em que foram marcadas a opção “concordo/concordo totalmente” ou “quase sempre/sempre” para os itens escritos de forma positiva, ou “discordo/discordo totalmente” ou “nunca/raramente”, nas perguntas escritas de forma negativa. Respostas neutras referem-se aos itens que foram marcados a opção “nem discordo, nem concordo” ou “às vezes” para qualquer questionamento. Respostas negativas referem-se às respostas que foram assinaladas as opções “discordo/discordo totalmente” ou “nunca/raramente” para as perguntas formuladas de forma positiva, ou “concordo/concordo totalmente” ou “quase sempre/sempre” nas sentenças formuladas negativamente (REIS, 2013; SORRA; NIEVA, 2004; ALMEIDA, 2019).

Para facilitar o cálculo e as informações colhidas, as respostas aos itens das dimensões foram dispostas em quadros como, por exemplo, no Quadro 4 abaixo. O campo destacado na cor verde refere-se à resposta positiva relacionada ao item.

**Quadro 4** - Cálculo de porcentagem de frequência aos itens da dimensão “Apoio da gestão para a segurança do paciente”. São Carlos, 2021

Item F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente			
Resposta	Frequência (número de respostas)	Porcentagem de Resposta	Porcentagens Combinadas
1 = Discordo totalmente	3	13,63%	31,81% negativo
2 = Discordo	4	18,18%	
3 = Nem concordo, nem discordo	8	36,36%	36,36% neutro
4 = Concordo	6	27,27%	31,81% positivo

5 = Concordo totalmente	1	4,54%	
Total	22	100%	100%
Item F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal			
Resposta	Frequência (número de respostas)	Porcentagem de Resposta	Porcentagens Combinadas
1 = Discordo totalmente	2	9,09%	27,27% negativo
2 = Discordo	4	18,18%	
3 = Nem concordo, nem discordo	6	27,27%	24,27% neutro
4 = Concordo	8	36,36%	45,45% positivo
5 = Concordo totalmente	2	9,09%	
Total	22	100%	100%
Item F9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso			
Resposta	Frequência (número de respostas)	Porcentagem de Resposta	Porcentagens Combinadas
1 = Discordo totalmente	2	9,09%	36,36% positivo
2 = Discordo	6	27,27%	
3 = Nem concordo, nem discordo	7	31,81%	31,81% neutro
4 = Concordo	4	18,18%	31,81% negativo
5 = Concordo totalmente	3	13,63%	
Total	22	100%	100%

É importante ressaltar que o percentual de respostas positivas representa uma reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente na instituição e permite caracterizar áreas fortes e frágeis na cultura de segurança do paciente. Dessa forma são consideradas áreas fortes da segurança do paciente as dimensões cuja média dos itens obtiveram 75% ou mais de respostas positivas. Nesse contexto são áreas frágeis da segurança do paciente e que necessitam melhoria, as dimensões cuja média dos itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas (SORRA; NIEVA, 2004; ALMEIDA, 2019)

Para calcular o percentual de respostas positivas da dimensão é necessário somar os percentuais de respostas positivas dos itens da dimensão e dividir pelo total de itens avaliados na dimensão, conforme exemplo a seguir disposto no Quadro 5:

**Quadro 5** - Cálculo das pontuações positivas de porcentagem de itens da dimensão “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”. São Carlos, 2021.

Apoio da gestão para segurança do paciente				
	Para itens formulados positivamente, número de respostas de “Concordo totalmente” ou “Concordo”	Para itens redigidos de forma negativa, número de respostas "Discordo totalmente" ou "Discordo"	Nº total de respostas ao item	Porcentagem de resposta positiva ao item
Item F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a	7	-	22	31,81%

segurança do paciente				
Item F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	10	-	22	45,45%
Item F9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	-	8	22	36,36%
Porcentagem média de resposta positiva nos 3 itens $\frac{(31,81 + 45,45 + 36,36)}{3} = 37,87\%$				

As dimensões do HSOPSC foram avaliadas considerando o perfil sócio demográfico, categoria profissional e o setor de atuação. Foi possível avaliar a cultura de segurança não somente na instituição como um todo, mas também em outro setor e categoria presentes no hospital. Sendo assim, foi avaliada a cultura de segurança do paciente geral do hospital e a cultura de segurança do paciente sob a perspectiva dos técnicos de enfermagem do setor de Pediatria.

#### 4.7 Aspectos éticos

Respeitando as Resoluções nº 510 de 2016 e nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que dispõem sobre as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, o desenvolvimento do projeto de pesquisa foi autorizado de acordo com parecer emitido pela GEP do hospital pesquisado (Anexo 2) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos sob Parecer: 4.292.397 CAAE: 36126920.5.0000.5504 (Anexo 3).

Para participar da pesquisa os profissionais realizaram sua anuência por meio do aceite eletrônico via *Google Forms* do TCLE (Apêndice 1), que destaca a voluntariedade de participação na pesquisa e assegura o anonimato dos mesmos.

## 5. RESULTADOS

Ao analisar os dados percebeu-se que um bom número de técnicos de enfermagem do setor da Pediatria (PA e Enfermaria Infantil) respondeu à pesquisa. Dessa forma foi realizada a análise da cultura de segurança sob a ótica dos técnicos de enfermagem da Pediatria e também sob a ótica dos profissionais do hospital como um todo. Dessa forma, além do hospital como um todo, foi possível somente avaliar a cultura de segurança do

paciente do setor da Pediatria, não sendo possível contemplar o primeiro objetivo proposto por este estudo “identificar e categorizar a cultura nos diferentes setores da instituição”.

Para melhor compreensão dos resultados, eles serão dispostos em seis seções: a primeira demonstra a taxa de resposta à pesquisa; a segunda expõe as características sociodemográficas e variáveis relacionadas à atividade laboral; a terceira seção se refere às respostas positivas, neutras e negativas aos itens de cada dimensão da cultura de segurança do paciente; a quarta traz o percentual de respostas positivas às dimensões do HSOPSC; a quinta seção apresenta a avaliação da segurança do paciente e o número de notificações de erros nos últimos 12 meses e a última seção relaciona-se aos comentários a respeito da segurança do paciente na instituição.

## 5.1 Taxa de resposta geral

O convite para participação da pesquisa foi enviado em duas ocasiões na tentativa de que um maior número de profissionais respondesse à pesquisa. No primeiro envio, a pesquisa contou com 12 respondentes e no segundo envio com 10 respondentes, dos 336 convidados para participar, correspondendo assim a uma taxa de resposta de 6,54%.

### 5.1.1 Taxa de resposta entre os técnicos de enfermagem da Pediatria

Foram convidados 26 técnicos de enfermagem da Pediatria para participar da pesquisa. Destes, seis responderam ao questionário correspondendo a uma taxa de resposta de 23,07%. Devido a categoria de técnicos de enfermagem do setor de Pediatria ter sido a que mais respondeu a pesquisa de modo geral, optou-se por avaliar a cultura de segurança do paciente desse setor, sob a ótica dos profissionais técnicos de enfermagem.

## 5.2 Caracterização geral dos participantes

Na Tabela 1 abaixo, encontram-se as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas dos profissionais. São Carlos, 2021.

Perfil do Profissional		Frequência	%
Sexo	Feminino	17	77,27
	Masculino	5	22,72
Faixa etária	25 a 30 anos	4	18,18
	31 a 35 anos	7	31,81
	36 a 40 anos	5	22,72
	41 a 45 anos	4	18,18
	Mais de 45 anos	2	9,09
Grau de instrução	2º grau completo	7	31,81
	Superior incompleto	6	27,27

Superior completo	4	18,18
Especialização/Residência	3	13,63
Pós-graduação (mestrado e/ou doutorado)	2	9,09
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Dos 22 profissionais que participaram da pesquisa, 77,27% são do sexo feminino e 22,72% do sexo masculino.

Em relação à idade, 18,18% dos profissionais relataram ter entre 25 e 30 anos de idade, 31,81% entre 31 e 35 anos de idade, 22,72% entre 36 e 40 anos de idade, 18,18% entre 41 e 45 anos de idade e 9,09% profissionais relataram ter mais de 45 anos de idade.

Ao ser analisado o grau de instrução, observou-se que 31,81% dos profissionais possuem o 2º grau completo, 27,27% dos profissionais possuem residência ou especialização, 18,18% dos profissionais possuem nível superior completo, 13,63% possuem nível superior incompleto e 9,09% dos profissionais possuem pós-graduação a nível de mestrado e/ou doutorado.

Na Tabela 2 encontram-se as variáveis relacionadas à atividade laboral dos profissionais.

**Tabela 2** – Variáveis relacionadas à atividade laboral dos profissionais. São Carlos, 2021

Variáveis laborais		Frequência	%
Cargo/Função	Técnico de enfermagem	13	59,09
	Enfermeiro	3	13,63
	Médico	2	9,09
	Equipe multiprofissional	4	18,18
Área/Unidade de Trabalho	Pediatria	8	36,36
	Clínica Médica	4	18,18
	UTI	4	18,18
	Psiquiatria	1	4,54
	Bloco Cirúrgico	1	4,54
	Laboratório	1	4,54
	Radiologia	1	4,54
	Demais áreas	2	9,09
Tempo de trabalho no hospital	Menos de 1 ano	2	9,09
	1 a 5 anos	19	86,36
	6 a 10 anos	1	4,54
Tempo de trabalho na atual área/unidade	Menos de 1 ano	8	36,36
	1 a 5 anos	14	63,63
Carga horária semanal	20 a 39 horas	19	86,36
	40 a 59 horas	3	13,63
Tempo de trabalho na função	1 a 5 anos	6	27,27
	6 a 10 anos	7	31,81
	11 a 15 anos	5	22,72
	16 a 20 anos	2	9,09
	Mais de 20 anos	2	9,09
<b>Total</b>		<b>22</b>	<b>100</b>

Dos 22 profissionais que participaram da pesquisa 59,09% eram técnicos de enfermagem, 13,63% enfermeiros, 9,09% médicos e 18,18% da equipe multiprofissional. Todos os profissionais apontaram que tem interação ou contato direto com os pacientes.

Dos participantes da pesquisa, 36,36% relataram trabalhar na unidade de Pediatria, 18,18% na Clínica Médica, 18,18% na UTI, 4,54% na Psiquiatria, 4,54% no Bloco Cirúrgico, 4,54% no Laboratório, 4,54% na Radiologia e 9,09% relataram trabalhar em outras unidades.

Em relação ao tempo de trabalho na instituição, 86,36% dos profissionais relataram trabalhar entre um a cinco anos na instituição, 9,09% dos profissionais relataram trabalhar menos de um ano e 4,54% dos profissionais apontaram o tempo de trabalho na instituição entre seis a dez anos.

Já em relação tempo de trabalho na unidade atual, 63,63% dos profissionais relataram trabalhar em sua unidade atual entre um a cinco anos e 36,36% dos profissionais relataram trabalhar na unidade menos de um ano.

Em relação a carga horária, 86,36% dos respondentes relataram trabalhar entre 20 a 39 horas por semana e outros 13,63% dos respondentes relataram trabalhar entre 40 e 59 horas semanais.

No tocante ao tempo de trabalho na função atual, 27,27% dos profissionais possuem entre um a cinco anos de trabalho na função atualmente exercida, 31,81% dos profissionais possuem entre seis a dez anos, 22,72% dos profissionais possuem entre 11 e 15 anos, 9,09% dos profissionais possuem entre 16 a 20 anos e 9,09% dos profissionais possuem mais de 20 anos de trabalho na função.

### 5.2.1 Caracterização dos técnicos de enfermagem da Pediatria

Encontram-se na Tabela 3 as características sociodemográficas dos técnicos de enfermagem que participaram da pesquisa no setor de Pediatria. Na Tabela 4 encontram-se as variáveis relacionadas à atividade laboral destes profissionais.

**Tabela 3** – Características sociodemográficas dos técnicos de enfermagem da Pediatria. São Carlos, 2021.

Perfil do Profissional		Frequência	%
Sexo	Feminino	6	100
	Masculino	-	-
Faixa etária	25 a 30 anos	1	16,6
	31 a 35 anos	1	16,6
	36 a 40 anos	2	33,3
	41 a 45 anos	1	16,6

	Mais de 45 anos	1	16,6
Grau de instrução	2º grau completo	5	83,3
	Superior incompleto	-	-
	Superior completo	1	16,6
	Especialização/Residência	-	-
	Pós-graduação (mestrado e/ou doutorado)	-	-
	Total	6	100

Todos os participantes técnicos de enfermagem da Pediatria são do sexo feminino.

De acordo com a idade, 16,6% dos profissionais relataram ter entre 25 e 30 anos de idade, 16,6% entre 31 e 35 anos de idade, 33,3% entre 36 e 40 anos de idade, 16,6% entre 41 e 45 anos de idade e 16,6% profissionais relataram ter mais de 45 anos de idade.

Em relação ao grau de instrução, observou-se que 83,3% dos profissionais possuem o 2º grau completo e 16,6% dos profissionais possuem nível superior completo.

**Tabela 4** – Variáveis relacionadas à atividade laboral dos técnicos de enfermagem da Pediatria. São Carlos, 2021

Variáveis laborais		Frequência	%
Tempo de trabalho no hospital	Menos de 1 ano	-	-
	1 a 5 anos	5	83,3
	6 a 10 anos	1	16,6
Tempo de trabalho na atual área/unidade	Menos de 1 ano	-	-
	1 a 5 anos	6	100
Carga horária semanal	20 a 39 horas	5	83,3
	40 a 59 horas	1	16,6
Tempo de trabalho na função	1 a 5 anos	-	-
	6 a 10 anos	4	66,6
	11 a 15 anos	1	16,6
	16 a 20 anos	1	16,6
	Mais de 20 anos	-	-
	Total	6	100

No tocante ao tempo de trabalho na instituição, 83,3% dos profissionais relataram trabalhar entre um a cinco anos na instituição e 16,6% dos profissionais apontaram o tempo de trabalho na instituição entre seis a dez anos.

Já em relação tempo de trabalho na unidade atual, 100% dos técnicos relataram trabalhar na Pediatria entre um a cinco anos.

Em relação a carga horária, 83,3% dos respondentes relataram trabalhar entre 20 a 39 horas por semana e 16,6% dos respondentes relataram trabalhar entre 40 e 59 horas semanais.



Ao ser questionado o tempo de trabalho na função atual, 66,6% dos profissionais possuem entre seis a dez anos de trabalho no cargo, 16,6% dos profissionais possuem entre 11 e 15 anos e 16,6% dos profissionais possuem entre 16 a 20 anos.

### 5.3 Respostas positivas, neutras e negativas obtidas nos itens de cada dimensão

A seguir, segue a Tabela 5 que apresentam as respostas positivas, neutras e negativas de cada item das dimensões avaliadas. Os dados correspondem à avaliação geral do hospital e também a dos técnicos de enfermagem da Pediatria.

É importante destacar novamente que respostas positivas são aqueles cujos itens são assinalados “concordo/concordo totalmente” ou “quase sempre/sempre” para os itens escritos de forma positiva, ou “discordo/discordo totalmente” ou “nunca/raramente”, nas perguntas escritas de forma negativa. Respostas neutras são aquelas assinaladas “nem discordo, nem concordo” ou “às vezes” para qualquer questionamento e Respostas negativas são aquelas assinaladas “discordo/discordo totalmente” ou “nunca/raramente” para as perguntas formuladas de forma positiva, ou “concordo/concordo totalmente” ou “quase sempre/sempre” nas sentenças formuladas negativamente (REIS, 2013; SORRA; NIEVA, 2004; ALMEIDA, 2019).

**Tabela 5** - Respostas positivas, negativas e neutras obtidas na avaliação de cada item da cultura de segurança do paciente no hospital de modo geral e na Pediatria (Ped). São Carlos, 2021

Dimensão	Item	Descrição	Positiva (%)		Negativa (%)		Neutra (%)	
			Geral	Ped	Geral	Ped	Geral	Ped
Trabalho em equipe dentro das unidades	A1	Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras	72,72	66,6	-	-	27,27	33,3
	A3	Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	95,44	100	-	-	4,54	-
	A4	Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	68,17	50	-	-	31,81	50
	A11	Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam	54,54	33,3	27,26	33,3	18,18	33,3
Expectativas e ações do supervisor/chefe para a segurança do paciente	B1	O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de	59,08	66,6	22,72	-	18,18	33,3

		segurança do paciente						
	B2	O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	59,08	83,3	18,18	-	22,72	16,6
	B3	Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	81,81	66,6	4,54	-	13,63	33,3
	B4	O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	81,81	33,3	4,54	33,3	13,63	16,6
Aprendizado Organizacional/ Melhoria Contínua	A6	Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	86,36	83,3	4,54	-	9,09	16,6
	A9	Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	45,54	33,3	31,81	16,6	22,72	50
	A13	Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	45,45	66,6	31,81	33,3	22,72	-
Apoio de gestão para segurança do paciente	F1	A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	31,81	-	31,81	50	36,36	50
	F8	As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	45,45	33,3	27,27	50	24,27	16,6
	F9	A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	36,36	33,3	31,81	50	31,81	16,6
Percepção Geral da Segurança do Paciente	A10	É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui.	81,81	100	13,63	-	4,54	-
	A15	A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	36,35	16,6	49,99	83,3	13,63	-
	A17	Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	22,72	16,6	40,90	50	36,36	33,3
	A18	Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a	31,81	50	45,45	16,6	22,72	33,3

		ocorrência de erros						
Feedback e comunicação sobre erros	C1	Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	36,35	50	40,90	16,6	22,72	33,3
	C3	Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	36,35	33,3	49,99	33,3	13,63	33,3
	C5	Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	40,90	66,6	36,35	-	22,72	33,3
Abertura da Comunicação	C2	Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	59,08	66,6	13,63	16,6	27,27	16,6
	C4	Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	36,35	50	40,9	33,3	22,72	16,6
	C6	Os profissionais têm receio de perguntar quando algo parece não estar certo	49,96	66,6	13,63	-	36,36	33,3
Frequência de notificação de eventos	D1	Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?	18,18	33,3	49,99	50	31,81	16,6
	D2	Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	18,18	33,3	49,99	50	31,81	16,6
	D3	Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	27,27	33,3	36,36	50	36,36	16,6
Trabalho em equipe entre unidades	F2	As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	27,27	16,6	45,45	50	27,27	33,3
	F4	Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	27,27	16,6	40,90	33,3	31,81	50
	F6	Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	45,44	33,3	18,17	16,6	36,36	50
	F10	As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o	31,81	16,6	27,27	16,6	40,90	66,6

		melhor cuidado aos pacientes							
Adequação de Profissionais	A2	Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	22,72	16,6	63,62	66,6	13,63	16,6	
	A5	Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria melhor para o cuidado do paciente	45,45	33,3	40,9	33,3	13,63	33,3	
	A7	Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	54,53	50	22,72	16,6	22,72	33,3	
	A14	Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	9,09	16,6	54,54	66,6	36,36	16,6	
Transferências e transições	F3	O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	36,27	50	18,63	-	50	50	
	F5	É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	45,44	66,6	22,72	16,6	31,81	16,6	
	F7	Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	40,90	33,3	18,17	16,6	40,90	50	
	F11	Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	68,18	83,3	18,18	-	13,63	16,6	
Resposta não punitiva aos erros	A8	Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.	13,63	-	83,83	83,3	22,72	16,6	
	A12	Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	27,27	16,6	54,53	83,3	18,18	-	
	A16	Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	9,09	-	81,80	83,3	9,09	16,6	

Na dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades” o item A1 “Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras” obteve percentual de respostas positivas de 72,72% no hospital de forma geral e de 66,6% na Pediatria, e respostas neutras de 27,27% no hospital

geral e 33,3% na Pediatria. Não houve respostas negativas a esse item, nem relativas ao hospital geral e nem a Pediatria. O item A3 “Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente”, no hospital geral alcançou o percentual de respostas positivas de 95,44% - o melhor da dimensão – respostas neutras de 4,54% e não houve respostas negativas. Já na Pediatria esse item alcançou 100% de respostas positivas. O item A4 “Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito” obteve o percentual de respostas positivas gerais de 68,17%, respostas neutras de 31,81% e também não apresentou respostas negativas. Na Pediatria também não teve respostas negativas a esse item, obtendo 50% de respostas positivas e 50% de respostas neutras. O item A11 “Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam” obteve o percentual de 54,54% de respostas positivas no hospital geral e 33,3% na Pediatria – o menor da dimensão - 27,26% de respostas negativas no hospital geral e 33,3% na Pediatria e 18,18% de respostas neutras gerais e 33,3% na Pediatria.

Na dimensão “Expectativas e ações do supervisor/chefe para a segurança do paciente” o item B1 “O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente” obteve percentual de respostas positivas de 59,08%, respostas negativas de 22,72% e respostas neutras 18,18% gerais. Já na Pediatria esse item não obteve respostas negativas, obtendo 66,6% de respostas positivas e 33,3% de respostas neutras. O item B2 “O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente” obteve no hospital geral 59,09% de respostas positivas de 59,09%, respostas negativas 18,18% e respostas neutras 22,72%. Na Pediatria obteve-se 83,3% de respostas positivas, 16,6% de respostas neutras e não foram obtidas respostas negativas sendo esse item o melhor avaliado na dimensão. Já no hospital como um todo os itens B1 e B2 foram os que apresentaram menor percentual de respostas positivas da dimensão. O item B3 “Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique ‘pular etapas’” obteve no hospital como um todo 81,81% de respostas positivas, 4,54% de respostas negativas e 13,63% de respostas neutras. Na Pediatria esse item obteve 66,6% de respostas positivas, 33,3% de respostas neutras e não obteve respostas negativas. O item B4 “O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente” também obteve no hospital geral 81,8% de respostas positivas, 4,54% de respostas negativas e 13,63% de respostas neutras. Os itens B3 e B4 foram os itens que obtiveram o maior percentual de

respostas positivas dessa dimensão para o hospital como um todo. Já na Pediatria o item B4 foi o pior avaliado, obtendo 33,3% de respostas positivas, 33,3% de respostas neutras e 16,6% de respostas negativas.

Na dimensão “Aprendizado Organizacional/ Melhoria Contínua” o item A6 “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” apresentou, no hospital como um todo, percentual de respostas positivas de 86,36% - o maior da dimensão -, respostas negativas de 4,54% e respostas neutras de 9,09%. Na Pediatria, esse item obteve 83,3% de respostas positivas, 16,6% de respostas neutras e não obteve respostas negativas. O item A9 “Erros têm levado a mudanças positivas por aqui” obteve de forma geral 45,45% de respostas positivas, 31,81% de respostas negativas e 22,72% de respostas neutras. Na Pediatria obteve-se nesse item 33,3% de respostas positivas, 16,6% de respostas negativas e 50% de respostas neutras. O item A13 “Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade” obteve os mesmos percentuais gerais do item A9. Já na Pediatria esse item obteve 66,6% de respostas positivas e 33,3% de respostas negativas, não obtendo respostas neutras. Nesse setor o item melhor avaliado foi o item A6 assim como no hospital.

Na dimensão “Apoio de gestão para segurança do paciente” o item F1 “A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente” obteve no hospital percentual de respostas positivas de 31,81% - o menor da dimensão - respostas negativas de 31,81% e respostas neutras de 36,36%. Já na Pediatria esse item não apresentou respostas positivas, apresentando resposta neutra de 50% e negativa de 50%. O item F8 “As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal” apresentou 45,45% de respostas positivas – o maior da dimensão – 27,27% de respostas negativas e 24,27% de respostas neutras, dados referentes ao hospital. Na Pediatria esse item apresentou 33,3% de respostas positivas, 50% de respostas negativas e 16,6% de respostas neutras. O item F9 “A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso” apresentou no hospital 36,36% de respostas positivas, 31,81% de respostas negativas e 31,81% de respostas neutras. A Pediatria apresentou 33,3% de respostas positivas nesse item, 50% de respostas negativas e 16,6% de respostas neutras, bem como o item F8.

Na dimensão “Percepção Geral da Segurança do Paciente” o item A10 “É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui” apresentou percentual geral de respostas positivas de 81,81% - o maior da dimensão – respostas negativas de 13,63% e respostas neutras de 4,54%. Na Pediatria, esse item apresentou 100% de respostas positivas.

O item A15 “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída” apresentou no hospital 36,35% de respostas positivas, 49,99% de respostas negativas e 13,63% de respostas neutras. A Pediatria apresentou 16,6% de respostas positivas a esse item e 83,3% de respostas negativas, não apresentando respostas neutras. O item A17 “Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente”, no hospital, apresentou o menor percentual de respostas positivas da dimensão de 22,72%, respostas negativas de 40,90% e respostas neutras de 36,36%. Na Pediatria apresentou 16,6% de respostas positivas, 50% de respostas negativas e 33,3% de respostas neutras. O item A18 “Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros” apresentou no hospital 31,81% de respostas positivas, 45,45% de respostas negativas e 22,72% de respostas neutras. Esse item na Pediatria apresentou 50% de respostas positivas, 33,3% de respostas neutras e 16,6% de respostas negativas.

Na dimensão “Feedback e comunicação sobre erros” o item C1 “Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos” obteve no hospital 36,35% de respostas positivas, 40,90% de respostas negativas e 22,72% de respostas neutras. A Pediatria apresentou nesse item 50% de respostas positivas, 16,6% de respostas negativas e 33,3 de respostas neutras. O item C3 “Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade” apresentou no hospital 36,35% de respostas positivas, 49,99% de respostas negativas e 13,63% de respostas neutras. A Pediatria apresentou 33,3% de respostas positivas, negativa e neutras nesse item. O item C5 “Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente” apresentou no hospital 40,90% de respostas positivas – o maior da dimensão – 36,35% de respostas negativas e 22,72% de respostas neutras. Na Pediatria obteve-se 66,6% de respostas positivas e 33,3% de respostas neutras, não obtendo respostas negativas.

Na dimensão “Abertura da Comunicação” o item C2 “Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente” apresentou no hospital percentual de respostas positivas de 59,08% - o maior da dimensão, respostas negativas de 13,63% e respostas neutras de 27,27%. Na Pediatria esse item apresentou 66,6% de respostas positivas, 16,6% de respostas negativas e 16,6% de respostas neutras. O item C4 “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores”, no hospital como um todo, apresentou 36,35% de respostas positivas – a menor da dimensão – 40,90% de respostas negativas e 22,72% de respostas neutras. Na Pediatria esse item obteve 50% de respostas positivas, 33,3% de

respostas negativas e 16,6% de respostas neutras. O item C6 “Os profissionais têm receio de perguntar quando algo parece não estar certo” apresentou no hospital 49,96% de respostas positivas, 13,63% de respostas negativas e 36,36% de respostas neutras. Na Pediatria esse item apresentou 66,6% de respostas positivas e 33,3% de respostas neutras, não apresentando respostas negativas. Os itens C2 e C6 foram os que apresentaram maiores índices de respostas positivas dessa dimensão na Pediatria.

Na dimensão “Frequência de notificação de eventos” os itens D1 “Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?” e D2 “Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?” apresentaram percentual de respostas positivas de 18,18%, respostas negativas de 49,99% e respostas neutras de 31,81% para o hospital. Esses dois itens foram os que apresentaram o menor percentual de respostas positivas da dimensão. Ainda em relação ao hospital o item D3 “Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?” apresentou 27,27% de respostas positivas, 36,36% de respostas negativas e neutras. Na Pediatria os itens D1, D2 e D3 apresentaram os mesmos percentuais de respostas positivas, negativas e neutras: 33,3%, 50% e 16,6%, respectivamente.

Na dimensão “Trabalho em equipe entre unidades” o item F2 “As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si” apresentou no hospital percentual de respostas positivas de 27,27%, negativas de 45,45% e neutras de 27,27%. Na Pediatria esse item apresentou 16,6% de respostas positivas, 50% de respostas negativas e 33,3% de respostas neutras. O item F4 “Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto” apresentou de forma geral percentual de respostas positivas de 27,27%, respostas negativas de 40,90 e respostas neutras 31,1%. Na Pediatria, esse item apresentou 16,6% de respostas positivas, 33,3% de respostas negativas e 50% de respostas neutras. Os itens F2 e F4 foram os que obtiveram menor percentual de respostas positivas da dimensão no hospital como um todo. O item F6 “Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital” apresentou no hospital 45,44% de respostas positivas – o maior da dimensão – 18,17% de resposta negativa e 36,36% de respostas neutras. Na Pediatria esse item obteve 33,3% de respostas positivas, 16,6% de respostas negativas e 50% de respostas neutras. No hospital, o item F10 “As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes” obteve 31,81% de respostas positivas, 27,27% de respostas negativas e 40,90 de respostas neutras. Na Pediatria esse item obteve 16,6% de respostas positivas, 16,6% e respostas negativas e



66,6% de respostas neutras. Nesse setor, o item F6 foi o que obteve maior percentual de respostas positivas para essa dimensão.

Na dimensão “Pessoal/Profissional” o item A2 “Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho” o hospital como um todo obteve percentual de respostas positivas de 22,72%, respostas negativas de 63,62% e respostas neutras de 13,63%. Na Pediatria obteve-se 16,6% de respostas positivas, 66,6% de respostas negativas e 16,6% de respostas neutras. No hospital, o item A5 “Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria melhor para o cuidado do paciente” apresentou 45,45% de respostas positivas, 40,9% de respostas negativas e 13,63% de respostas neutras. Na Pediatria esse item obteve 33,3% tanto de respostas positivas quanto negativas e neutras. O item A7 “Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente” apresentou no hospital percentual de respostas positivas de 54,53% - o maior da dimensão - e 22,72% de respostas negativas e 22,72% de respostas neutras. Na Pediatria esse item apresentou 50% de respostas positivas, 16,6% de respostas negativas e 33,3% de respostas neutras. O item pior avaliado no hospital foi o A14 “Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido” que apresentou percentual de respostas positivas de 9,09%, respostas negativas de 54,54% e respostas neutras de 36,36%. Na Pediatria esse item apresentou 16,6% de respostas positivas, 66,6% de respostas negativas e 16,6% de respostas neutras. Nesse setor os itens A2 e A14 foram os itens piores avaliados da dimensão.

Na dimensão “Transferências e transições” o item F3 “O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra” obteve no hospital percentual de respostas positivas de 36,27% - o menor da dimensão - respostas negativas de 18,63% e respostas neutras de 50%. Na Pediatria esse item obteve 50% de respostas positivas e 50% de respostas neutras, não obtendo respostas negativas. No hospital o item F5 “É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno” apresentou 45,45% de respostas positivas, 22,72% de respostas negativas e 31,81% de respostas neutras. Na Pediatria esse item apresentou 66,6% de respostas positivas, 16,6% de respostas negativas e 16,6% de respostas neutras. O item F7 “Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital” apresentou no hospital 40,90% de respostas positivas, 18,17% de respostas negativas e 40,90% de respostas neutras. A Pediatria obteve nesse item 33,3% de respostas positivas, 16,6% de respostas negativas e 33,3% de respostas neutras. O item F11 “Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas

para os pacientes” foi o melhor avaliado no hospital, com percentual de respostas positivas de 68,18%, respostas negativas de 18,18% e respostas neutras de 13,63%. Na Pediatria esse item também foi o melhor avaliado apresentando 83,3% de respostas positivas e 16,6% de resposta neutras, não apresentando respostas negativas.

No hospital como um todo na dimensão “Resposta não punitiva aos erros” o item A8 “Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles” apresentou percentual de respostas positivas de 13,63%, respostas negativas de 63,63% e respostas neutras de 22,72%. O item A12 “Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema” apresentou 27,27% de respostas positivas, 54,53% de respostas negativas e 18,18% de respostas neutras. O item A16 “Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais” obteve percentual de respostas positivas de 9,09%, respostas negativas de 81,80% e respostas neutras de 9,09%. Este item foi o que apresentou menor percentual de respostas positivas da dimensão. Na Pediatria os itens A8 e A16 não apresentaram respostas positivas, apresentando 83,3% de respostas negativas e 16,6% e respostas neutras. O item A12 apresentou 16,6% de respostas positivas e 83,3% e respostas negativas.

#### 5.4 Percentual de respostas positivas às dimensões avaliadas

A Tabela 6 apresenta o percentual de respostas positivas às 12 dimensões avaliadas tanto no hospital como um todo, quanto no setor de Pediatria.

**Tabela 6** – Percentual de respostas positivas obtidas nas dimensões avaliadas. São Carlos, 2021

Dimensão	Percentual de respostas positivas	
	Geral	Pediatria
Trabalho em equipe dentro das unidades	72,25	62,47
Expectativas e ações do supervisor/chefe para a segurança do paciente	70,00	62,45
Aprendizado Organizacional/ Melhoria Contínua	44,31	61,06
Apoio de gestão para segurança do paciente	37,87	22,2
Percepção Geral da Segurança do Paciente	43,17	45,8
Feedback e comunicação sobre erros	37,87	49,96
Abertura da Comunicação	48,45	61,06
Frequência de notificação de eventos	21,21	33,3
Trabalho em equipe entre unidades	32,95	20,77
Adequação de Profissionais	32,95	33,3
Transferências e transições	47,72	58,3
Resposta não punitiva aos erros	16,45	5,53

No hospital como um todo a dimensão “Trabalho em equipe dentro das Unidades” obteve percentual de respostas positivas de 72,25%; a dimensão “Expectativas e ações do

supervisor/chefe para a segurança do paciente” obteve 70%; “Abertura da Comunicação” obteve 48,45%, “Transferências e transições” obteve 47,72%, “Aprendizado Organizacional/Melhoria Contínua” obteve 44,31%; “Percepção Geral da Segurança do Paciente” obteve 43,17%; “Apoio de gestão para segurança do paciente” e “Feedback e comunicação sobre erros” obtiveram 37,87%; “Trabalho em equipe entre unidades” e “Pessoal/Profissional” obtiveram 32,95%; “Frequência de notificação de eventos” obteve 21,21% e “Resposta não punitiva aos erros” obteve 16,45% de respostas positivas.

Na Pediatria a dimensão “Trabalho em equipe dentro das Unidades” obteve percentual de respostas positivas de 62,47%; a dimensão “Expectativas e ações do supervisor/chefe para a segurança do paciente” obteve 62,45%; “Abertura da Comunicação” e “Aprendizado Organizacional/Melhoria Contínua” obtiveram 61,06%; “Transferências e transições” obteve 58,3%; “Feedback e comunicação sobre erros” obteve 49,96%; “Percepção Geral da Segurança do Paciente” obteve 45,8%; “Frequência de notificação de eventos” e “Pessoal/Profissional” obtiveram 33,3%; “Apoio de gestão para segurança do paciente” obteve 22,2%; “Trabalho em equipe entre unidades” obteve 20,77% e “Resposta não punitiva aos erros” obteve 5,53% de respostas positivas.

O item que foi melhor avaliado na análise geral foi o item A3 “Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente” com percentual de 95,44% de respostas positivas e os piores, com percentual de respostas positivas e 9,09% foram os itens A14 “Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido” e A16 “Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais”. Na Pediatria os itens melhores avaliados foram A3 e A10 “É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui” com 100% de respostas positivas. Os piores itens avaliados foram os itens F1 “A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente”, A8 “Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles” e A16 que não apresentaram respostas positivas.

### **5.5 Avaliação da segurança do paciente e o número de notificações de eventos**

Na Tabela 7 estão dispostos o número de notificações realizadas no último ano pelos profissionais participantes da pesquisa e a nota de segurança do paciente atribuída à instituição. Na Tabela 8 estão dispostos o número de notificações realizadas nos últimos 12 meses de acordo com a categoria profissional.

**Tabela 7** – Nota de segurança atribuída à instituição e número de eventos notificados nos últimos 12 meses. São Carlos, 2021

Descrição	Frequência		%		
	Geral	Ped	Geral	Ped	
Nota de Segurança do Paciente	A – Excelente	-	-	-	-
	B – Muito Boa	9	4	40,90	66,6
	C – Regular	12	2	54,54	33,3
	D – Ruim	-	-	-	-
	E – Muito Ruim	1	-	4,54	-
Número de eventos notificados nos últimos 12 meses	Nenhuma notificação	13	5	59,09	83,3
	1 a 2 notificações	4	1	18,18	16,6
	3 a 5 notificações	4	-	18,18	-
	6 a 10 notificações	-	-	-	-
	11 a 20 notificações	1	-	4,54	-
	Mais de 21 notificações	-	-	-	-
Total	22	6	100	100	

**Tabela 8** – Número de eventos notificados nos últimos 12 meses de acordo com a categoria profissional. São Carlos, 2021.

Número de notificações	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem	Médicos	Equipe Multiprofissional	Outros
Nenhuma	-	45,45%	4,54%	13,63%	-
1 a 2 notificações	4,54%	4,54%	4,54%	-	-
3 a 5 notificações	4,54%	4,54%	-	-	13,63%
6 a 10 notificações	-	-	-	-	-
11 a 20 notificações	4,54%	-	-	-	-
Mais de 21 notificações	-	-	-	-	-

Em relação ao hospital como um todo a maioria dos profissionais participantes da pesquisa, 54,54%, classificou a nota de segurança do paciente como Regular; 40,90% classificaram com Muito Boa e 4,54% classificaram a nota de segurança do paciente como Muito Ruim.

Em relação ao número de eventos notificados nos últimos 12 meses, 59,09% relataram não terem realizado nenhuma notificação nesse período de tempo. Apenas 4,54% realizaram de 11 a 20 notificações; 18,18% realizaram uma a duas e três a cinco notificações no decorrer de um ano.

Na Pediatria 66,6% dos profissionais classificaram a nota de segurança do paciente como Muito Boa e 33,3% classificaram com Regular.

No tocante ao número de eventos notificados 83,3% dos profissionais da Pediatria não realizaram notificações nos últimos 12 meses e apenas 16,6% relataram ter realizado uma a duas notificações no último ano.

## 5.6 Comentários a respeito da segurança do paciente na instituição

Ao final do questionário há um local para os participantes escreverem voluntariamente opiniões, comentários e relatos a respeito da segurança do paciente. Dos 22 participantes, oito escreveram comentários sobre a segurança do paciente. Os comentários abordaram a segurança do paciente de modo geral, os itens e dimensões específicas, o tipo de gestão exercida na instituição e experiências individuais em relação à instituição. Esses resultados não foram explorados nesta pesquisa, podendo ser explorados em uma outra ocasião.

## **6. DISCUSSÃO**

Essa pesquisa apresentou uma taxa de resposta de 6,54% o que foi considerada baixa. Taxas de resposta baixas podem limitar a capacidade de generalizar os resultados para todo o hospital, considerando o risco de que um grande número de funcionários que não responderam à pesquisa poderia ter respondido de forma muito diferente daqueles que responderam. Quanto mais alta a taxa de resposta, mais confiante é a representação adequada das opiniões da equipe. Para esse instrumento, uma taxa de resposta entre 30 a 50% é considerada uma taxa de resposta boa (SORRA et al, 2014).

Apesar da internet ser fortemente utilizada para o envio e desenvolvimento de pesquisas, estudos demonstram que a taxa de resposta de pesquisas enviadas pela internet é menor em comparação a pesquisas preenchidas manualmente no papel (SORRA et al, 2014). Tal realidade se agravou pelo fato da pesquisadora não poder encaminhar o convite para participação da pesquisa nos e-mails dos profissionais, estando esta função limitada à instituição pesquisada.

É possível, com o HSOPSC, fazer comparações entre categorias profissionais diferentes, setores do mesmo hospital e até mesmo entre diferentes instituições hospitalares e analisar cada dimensão separadamente (NIEVA; SORRA, 2003). Nesse ínterim a cultura de segurança do paciente também foi avaliada sob a percepção dos técnicos de enfermagem da Pediatria uma vez que esse perfil apresentou 23,07% da taxa de resposta, sendo a maior dentre os setores que tiveram participantes da pesquisa. Outros setores não foram avaliados individualmente já que o número de participantes foi baixo, o que pode comprometer a confiabilidade dos resultados. Além disso, quando o número de participantes de um determinado setor é baixo, analisa-se e divulga-se os dados de forma a tentar evitar que os

trabalhadores da instituição identifiquem os profissionais que participaram da pesquisa (SORRA et al, 2016).

A maioria dos participantes da pesquisa foi da equipe de enfermagem e do sexo feminino, o que vem ao encontro à outras pesquisas que apresentam o mesmo perfil de participantes. Esse perfil decorre do fato do hospital ser constituído de um grande quantitativo de profissionais de enfermagem e devido ao fato dessa profissão ser majoritariamente desempenhada por mulheres (GALVÃO et al, 2018; ANDRADE et al, 2018; ABREU et al, 2019; SERRANO et al, 2019; SANCHIS et al, 2020).

Nenhuma dimensão avaliada neste estudo foi considerada fortalecida e apenas duas dimensões foram consideradas neutras na análise geral, sendo elas: “Trabalho em equipe dentro das unidades” e “Expectativas e ações do supervisor/chefe para a segurança do paciente”. As outras dez dimensões foram consideradas como fragilizadas, sendo elas: “Abertura da Comunicação”, “Transferências e transições”, “Aprendizado Organizacional/Melhoria Contínua”, “Percepção Geral da Segurança do Paciente”, “Apoio de gestão para segurança do paciente”, “Feedback e comunicação sobre erros”, “Trabalho em equipe entre unidades”, “Pessoal/Profissional”, “Frequência de notificação de eventos” e “Resposta não punitiva aos erros”.

No setor de Pediatria, assim como na análise geral, nenhuma dimensão foi considerada fortalecida, porém cinco dimensões foram avaliadas como neutras: “Trabalho em equipe dentro das Unidades”, “Expectativas e ações do supervisor/chefe para a segurança do paciente”, “Abertura da Comunicação”, “Aprendizado Organizacional/Melhoria Contínua” e “Transferências e transições”. As demais dimensões foram consideradas como fragilizadas. São elas: “Feedback e comunicação sobre erros”, “Percepção Geral da Segurança do Paciente”, “Frequência de notificação de eventos”, “Pessoal/Profissional”, “Apoio de gestão para segurança do paciente”, “Trabalho em equipe entre unidades” e “Resposta não punitiva aos erros”.

O fato de nenhuma dimensão ter sido considerada fortalecida reflete a realidade brasileira e internacional além de refletir a grande necessidade de criação de uma cultura de segurança positiva em que os aspectos de segurança do paciente são constantemente trabalhados e enfatizados no processo do cuidado (ABREU et al, 2019; BATISTA et al, 2019; FASSARELA et al, 2019; NICÁCIO, 2019; NOTARO et al, 2019; OKUYAMA et al, 2019; SERRANO et al, 2019; CARMO et al, 2020; LOPEZ et al, 2020; SANCHIS et al, 2020; KUMBI et al, 2020).

Estudo realizado em hospitais da Arábia Saudita apresentou resultados semelhantes ao da Pediatria e enfatizou que é necessária uma intervenção em rede multidimensional considerando as diferentes dimensões da cultura de segurança do paciente e envolvendo diferentes níveis organizacionais seja implementada para melhorar a segurança do paciente (ALQUWEZ et al, 2018).

Diferentes percepções e comportamentos relacionados à cultura de segurança são encontrados em instituições diferentes ou até mesmo na própria instituição, como evidenciado neste estudo. Estudos comparando diferentes serviços apresentam diferenças de percentual de respostas positivas em várias dimensões, o que demonstra que a percepção da cultura de segurança do paciente é variável de acordo com cada serviço/setor/hospital (FASSARELA et al, 2019; ANDRADE et al; CARMO et al, 2020). Nos ambientes de saúde, comportamentos e atitudes moldam a cultura de cada setor e de cada organização (KAUFMAN; MCCAUGHAN, 2013; OKUYAMA et al, 2018). Em um estudo foi observado que o tipo de gestão, unidade do serviço, o cargo e a quantidade de notificações de incidentes influenciam diretamente na cultura de segurança do paciente (ANDRADE et a, 2018).

Em um estudo que realizou comparações entre hospitais municipais, estaduais e federais, o hospital federal apresentou áreas fortalecidas da cultura de segurança do paciente enquanto os outros hospitais não apresentaram áreas consideradas fortalecidas (ROCHA, 2017).

As áreas classificadas como neutras e frágeis apresentam potencial para se fortalecerem, uma vez que há dimensões com percentuais positivos em alguns dos itens que as compõem. Para isso é necessário que os líderes hospitalares reconheçam essas dimensões visando construir uma cultura organizacional voltada para a segurança do paciente (CORONA, 2017).

Em relação às dimensões consideradas neutras na análise geral, estudo realizado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos brasileiros demonstrou resultados semelhantes (NOTARO et al, 2019). A dimensão “Trabalho em equipe nas unidades” foi bem avaliada em grande parte dos estudos. Essa dimensão é caracterizada pelo apoio e respeito entre os funcionários e o trabalho em equipe no mesmo setor/unidade. Estudos demonstram que a força do trabalho em equipe está justamente em aliar o conhecimento e as habilidades de diversas pessoas em prol de um objetivo comum, no caso o cuidado ao paciente (MORETÃO, 2019). Essa dimensão foi responsável pelos itens melhores avaliados tanto na análise geral como na Pediatria, como abordado anteriormente.

Dessa forma, concluir as tarefas, trabalhando juntos inclusive em situações de sobrecarga de trabalho, consistiu algo positivo dentro das unidades. (SERRANO et al, 2019; NOTARO et al, 2019).

A mesma situação não foi evidenciada na dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades” que foi considerada fragilizada neste e em muitos estudos. Tal situação pode ser decorrente do senso de proteção e equipe que o mesmo tenha com seu setor atual. Como o trabalho em equipe requer a interação entre os profissionais, a comunicação, a empatia e o apoio, são fundamentais que todos os profissionais compreendam a integralidade do cuidado e que o objetivo final do cuidado seja o mesmo em todos os setores da instituição (SANCHIS et al, 2020).

Outra dimensão considerada neutra neste estudo - “Expectativas e ações do supervisor/chefe para a segurança do paciente” - avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos funcionários para melhorar a segurança do paciente, e se reconhecem a participação dos funcionários para procedimentos de melhoria da segurança do paciente. Sua avaliação neutra demonstra que as lideranças imediatas se preocupam com questões relacionadas à segurança do paciente, percebem e incentivam a visão diferenciada e a contribuição dos profissionais a respeito da temática (SORRA et al, 2016; SCHUH et al, 2020). Em contrapartida, a dimensão “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” foi percebida como fragilizada neste estudo o que evidencia que apesar das lideranças mais próximas à assistência estarem empenhadas na melhoria da segurança do paciente, o mesmo não é percebido em relação à alta gestão, ou seja, aquela que não está cotidianamente em contato com os profissionais.

O envolvimento e atuação dos líderes e gestores são fundamentais para incentivar à equipe a olhar de forma diferenciada ao cuidado, tornando-o seguro. Ao perceber que a gestão se preocupa em melhorar a segurança do paciente é possível incentivar a equipe a aprender com os erros ocorridos e comunicados (MORETÃO, 2019; SERRANO et al, 2019). Vivenciam-se nos erros, oportunidades de melhoria do cuidado ao paciente. Nesse interim os movimentos de educação continuada, que habitualmente fazem parte da dinâmica organizacional principalmente da enfermagem, fortalecem o aprendizado a partir das necessidades e circunstâncias vivenciadas pela organização e pela equipe (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

Por outro lado, a falta de apoio dos líderes e gestores pode ser uma ameaça à segurança do paciente, uma vez que esse comportamento pode desestimular a equipe de



saúde no tocante ao um maior envolvimento e responsabilidade na qualificação do cuidado (ABREU et al, 2019; PEDRONI et al, 2020).

A dimensão “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” obteve 44,31% de respostas positivas na análise geral. Em alguns estudos essa dimensão é considerada neutra, como ocorreu na análise da Pediatria, e também já foi considerada fortalecida em outros estudos (ANDRADE, 2016; PEDRONI et al, 2020; SANCHIS et al, 2020; OKUYAMA et al, 2018, TAVARES et al, 2018). Nessa dimensão é avaliada a existência do aprendizado a partir dos erros e que tais erros levam a mudanças positivas e consequente avaliação da efetividade das mudanças ocorridas. Considerar essa dimensão como fragilizada significa que os profissionais não percebem o aprendizado diante os erros, o que implica também na fragilidade da dimensão “Feedback e comunicação sobre erros” uma vez que os profissionais não percebem mudanças diante dos erros relatos e não recebem um retorno sobre o impacto e as melhorias advindas da análise dos erros (FASSARELA et al, 2019; SERRANO et al, 2019).

As dimensões de resultados “Percepções gerais sobre segurança do paciente” e “Frequência da notificação de eventos” apresentaram percentual de respostas positivas de 43,17% e 21,21% respectivamente na análise geral e na Pediatria 45,8% e 33,3%. Na Pediatria um dos itens avaliados apresentou 100% de respostas positivas. Tais dimensões permitem perceber qual a maturidade da cultura organizacional e a partir de sua identificação com áreas fragilizadas é possível compreender que são dimensões que necessitam atenção por parte dos gestores, uma vez que a segurança deve ser entendida como medida de prevenção de erros (FASSARELA et al, 2019).

A dimensão “Frequência de notificação de eventos” obteve apenas 21,21% de respostas positivas na análise geral e 33,3% na Pediatria, demonstrando assim que não há uma preocupação efetiva em relação ao relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetassem o paciente. Sendo assim, os profissionais não se preocupam em notificar a ocorrência de eventos adversos e/ou minimizam sua importância. (SORRA et al, 2016)

Em relação à notificação de eventos a maioria dos profissionais respondeu que não notificaram nenhum evento nos últimos 12 meses. Já o maior número de eventos notificados foi realizado por enfermeiros. Técnicos de enfermagem foram os que mais registraram ausência de notificação, como também evidenciado em outro estudo brasileiro realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva (NOTARO et al, 2019).

É importante destacar que a notificação de eventos adversos deve ser uma responsabilidade compartilhada por todos os membros da equipe não devendo ser de responsabilidade apenas de uma única categoria profissional. Neste contexto, a subnotificação de erros não permite uma análise efetiva das causas que levaram à sua ocorrência. (NOTARO et al, 2019; SERRANO et al, 2019).

A dimensão “Adequação de profissionais” também foi elencada como fragilizada em vários estudos. A carga excessiva de trabalho, a insuficiência de recursos humanos, uma jornada desgastante além do trabalho sob muita pressão e responsabilidade pode indicar a fragilidade dessa dimensão (ANDRADE et al, 2018; SANCHIS et al, 2020).

A fragilidade no dimensionamento de pessoal pode ser reflexo da insatisfação com as condições de trabalho, a carga excessiva de trabalho, jornada de trabalho desgastante e trabalho sob pressão (ANDRADE et al, 2018).

Muitos profissionais da área de saúde atuam em condições consideradas inadequadas devido ao ambiente de trabalho e às atividades exercidas. Esse ambiente permeado pelo desgaste físico e psíquico, pela falta de reconhecimento profissional e consequente desmotivação, pela falta de materiais, pela remuneração inadequada e consequente necessidade de dupla jornada de trabalho, pelo dimensionamento incorreto dos profissionais e pelo trabalho noturno refletem na insatisfação dos profissionais, principalmente dos que compõem a equipe de enfermagem (AMARAL et al, 2015; SANCHIS et al, 2020).

A dimensão “mudanças de turno/ passagem de plantão e transições entre unidades e serviços” foi considerada fragilizada na percepção geral e neutra na Pediatria. Vários estudos consideram essa dimensão como fragilizada. A passagem de plantão é um momento crucial da prática das equipes, pois é nesse instante que são repassadas as informações mais relevantes relativas ao cuidado do paciente e que garantem sua continuidade (CRUZ et al, 2018). Nesse momento, é possível visualizar a condição do paciente e todas as suas particularidades, podendo inclusive preparar estratégias que possam prevenir possíveis falhas (PEDRONI et al, 2019). Problemas relacionados à passagem de plantão podem interferir diretamente no cuidado ao paciente e no bom andamento da assistência, impactando negativamente na segurança do paciente (CRUZ et al, 2018; SILVA; SANTA ROSA, 2016). A comunicação efetiva durante a passagem de plantão possibilita manter a continuidade do cuidado e a garantir da segurança do paciente e algumas estratégias para garantir essa comunicação como check-list e instrumentos padronizados podem favorecer esse momento (SANCHIS et al, 2020).

A dimensão “cultura não punitiva ao erro”, destaca-se por ser considerada crítica em um grande número de estudos, e neste estudo não foi diferente, sendo responsável pelos piores índices de respostas positivas. Dois dos três itens avaliados dessa dimensão sob a ótica da Pediatria não tiveram respostas positivas. Tal dimensão obteve 16,45% de respostas positivas na análise geral e apenas 5,53% de respostas positivas na Pediatria. A cultura punitiva atribui ao profissional a responsabilidade sobre o erro, o culpando por estes. Nessa situação o profissional se sente coibido, o que impede a identificação de problemas nos processos de trabalho. Dessa forma, sem identificar os erros e analisar os motivos de sua ocorrência, o processo de melhoria dos processos fica prejudicado e a ocorrência dos erros pode se tornar frequente. Uma cultura punitiva desencoraja os relatos de incidentes através das notificações e atrasa o aprendizado organizacional. Os erros necessitam de uma abordagem sistêmica com vistas a melhorar os processos através do aprendizado a partir dos incidentes. Assumindo essa postura não punitiva ao erro, a instituição enfatiza a segurança do paciente como uma prioridade institucional (REIS, 2014; SANCHIS et al, 2020; KHOSHAKHLAGH et al, 2019).

Um dos impactos da cultura punitiva ao erro é a baixa notificação de eventos enfatizada nesse e em vários estudos como área fragilizada, como destacado em estudo realizado em Gana e na Turquia (AKOLONGO et al, 2019; TELEŞ; KAYA, 2019). Além disso, a crença de que somente o enfermeiro pode notificar um incidente e a sobrecarga de trabalho da equipe também reduz a notificação de eventos, incidindo em subnotificação, o que impede a identificação de falhas e melhoria dos processos. Diante desse cenário é imprescindível lembrar que a notificação de eventos é anônima, voluntária e pode ser realizada por qualquer profissional. Faz-se necessário, também, que o instrumento de notificação fique disponível em um local de fácil acesso, para que o profissional, tão logo possa, realize a notificação (FURINI et al, 2019; BRASIL, 2014; SANCHIS et al, 2020).

Estudo realizado em um hospital chinês que apresentou como áreas fragilizadas “Respostas não punitivas aos erros”, “Trabalho em equipe entre unidades” e “Adequação de profissionais” destacou que a cultura de segurança do paciente permanece principalmente burocrática e que esforços adicionais podem ser feitos para aprofundar a mentalidade da cultura de segurança do paciente ao criar um sistema abrangente e integrado de gerenciamento de incidentes e melhorar a formação de equipes e a equipe para a segurança do paciente (XU et al, 2018)

Estudo realizado no Irã evidenciou que práticas educativas exercem um efeito positivo na percepção dos profissionais sobre a cultura de segurança do paciente devendo

ser implementados para melhorar a qualidade da assistência e obter maior segurança do paciente (RAZZANI et al, 2020).

Em um estudo foram coletadas recomendações sugeridas pela equipe de saúde para melhorar cada uma das doze dimensões avaliada pelo HSOPSC. Segundo os autores, tais recomendações representam algumas fragilidades passíveis de melhorias de alguns aspectos da cultura de segurança. Dentre as recomendações destacam-se a necessidade de capacitações, melhoria dos processos de trabalho incluindo o desenvolvimento e a implantação de protocolos, disponibilização de equipamentos e materiais em quantidade suficiente e boa qualidade, assim como dimensionamento de profissionais que possam suprir as demandas do setor (MELLO; BARBOSA, 2013).

## **7. CONCLUSÕES**

A avaliação da cultura de segurança através da pesquisa, estando ou não as instituições de saúde em situações de crise como a pandemia, pode impulsionar o novo olhar para a segurança do paciente em uma organização servindo com fonte potencial de inspiração para possíveis mudanças, capazes de intervir e adequar a gestão do cuidado com melhorias para uma assistência mais segura e de qualidade. No caso desse estudo, mesmo se tratando de um hospital federal, não houve dimensões fortalecidas, porém é necessário destacar que a gestão federal está presente no hospital pesquisado há pouco tempo e que os resultados de forma alguma inviabilizam o desenvolvimento de ações para a melhoria da segurança do paciente, e conseqüentemente, a melhoria da cultura de segurança do paciente.

Neste estudo, não foi possível correlacionar os índices obtidos na avaliação da cultura de segurança do paciente como reflexo da pandemia da COVID-19, uma vez que não há estudos anteriores a este que avaliou a cultura de segurança na instituição.

## **8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

A coleta de dados do presente estudo foi realizada no período da pandemia da COVID-19, porém nenhum estudo anterior à pandemia avaliou a cultura de segurança do paciente na instituição. Dessa forma não foi possível afirmar que a pandemia da COVID-19

ocasionou mudanças na cultura de segurança do paciente no hospital avaliado. Sendo assim, estudo futuro pós pandemia pode ser realizado para fins comparativos.

Devido aos preceitos éticos seguidos por esse estudo, orientados pelo Comitê de Ética o qual o estudo foi submetido, não foi possível a pesquisadora enviar o convite para participação na pesquisa diretamente aos participantes, sendo essa função realizada pela própria instituição. Tal fato pode ter impactado no percentual de retorno dos questionários.

## **9. PRODUÇÃO CIENTÍFICA**

### **Artigos submetidos**

PRIETO, M.M.N.; FONSECA, R.E.P.; ZEM-MASCARENHAS, S.H. Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente em hospitais brasileiros: scoping review. Revista Brasileira de Enfermagem-REBEN. 2020 (Anexo 4).

### **Participação em eventos**

Participação no III Seminário Internacional de Enfermagem para Segurança do Paciente promovido pelo Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente na cidade de São Paulo no dia 25/10/2019.

## 10. REFERÊNCIAS

- ABREU, I.M.; ROCHA, R.C.; AVELINO, F.V.S.D.; GUIMARÃES, D.B.O.; NOGUEIRA, L.T.; MADEIRA, M.Z.A. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2019; 40( spe ): e20180198. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>>. Acesso em: 21 nov 2020.
- AKOLOGO, A.; ABUOSI, A.; ANABA, E. A cross-sectional survey on patient safety culture among healthcare providers in the Upper East region of Ghana. *PLoS ONE* 2019 vol: 14(8) p. 1-13. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221208>>. Acesso em: 12 abr 2020.
- ALMEIDA, J.L.S. Cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário de Natal/RN Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Sociedade) - Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. 2019
- ALQATTAN, H.; CLELAND, J.; MORRISON, Z. An evaluation of patient safety culture in a secondary care setting in Kuwait. *Journal of Taibah University Medical Sciences.* 2018 vol: 13(3) p. 272-280. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2018.02.002>>. Acesso em: 12 abr 2020.
- ALQUWEZ, N.; CRUZ, J.P.; ALMOGHAI, A.M.; AL-OTAIBI, R.S.; ALMUTAIRI, K.O.; ALICANTE, J.G.; COLET, P.C. Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in Three Hospitals in Saudi Arabia. *J Nurs Scholarsh.* 2018 Jul;50(4):422-431. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/jnu.12394>>. Acesso em: 5 jan 2021.
- AMARAL, J.F.; RIBEIRO, J.P.; PAIXÃO, D.X. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. *Rev Espaço Saúde.* 2015;16(1):66-74 Disponível em: <<https://doi.org/10.22421/1517-7130.2015v16n1p66>>. Acesso em 2 out 2020.
- ANDRADE LEL. Evolução da cultura de segurança em hospitais antes e após a implantação do programa nacional de segurança do paciente. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal; 2016.
- ANDRADE, L.E.L.; LOPES, J.M.; SOUZA, F.M.C.M.; VIEIRA, J.R.F.; FARIAS, L.P.C.; SANTOS, C.C.M.; et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc. saúde coletiva* 2018 Jan 23( 1 ): 161-172. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>> Acesso em: 14 set 2020.
- BATISTA, J.; CRUZ, E.D.A.; ALPENDRE, F.T.; PAIXÃO, D.P.S.S.; GASPARI, A.P.; MAURÍCIO, A.B. Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2019; 40( spe ): e20180192. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180192>>. Acesso em: 2 out 2020.

BIRK, S. Accelerating the Adoption of a Safety Culture. *Healthc Exec.* 2015 Mar-Apr;30(2):18-20, 22-4, 26. Disponível em: <[https://www.jointcommission.org/accelerating\\_the\\_adoption\\_of\\_a\\_safety\\_culture/](https://www.jointcommission.org/accelerating_the_adoption_of_a_safety_culture/)>. Acesso em: 25 abr 2020.

BRASIL. Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ano VI nº 10 | Dezembro de 2015. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/boletim-s-estatisticos>>. Acesso em: 16 mar 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assistencia+Segura+-+Uma+Reflexao+Teorica+Aplicada+a+Pratica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>>. Acesso em: 16 mar 2020.

BRASIL. Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Brasília, Jan-Jul de 2011 vol 1 nº1. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/272031/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+01+Jan-Jul+de+2011/aa36fe6e-f5d5-46ae-9eb6-e93af520fafc>>. Acesso em: 20 mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: <[https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>. Acesso em: 16 mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.529, de 1º de abril de 2013. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2013. Disponível em: <[http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 10 mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <[https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/manejo\\_clinico\\_covid-19\\_atencao\\_especializada.pdf](https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf)>. Acesso em: 28 abr 2020.

BRENNAN, T.A., LEAPPE, L.L., LAIRD, N.M.; et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Eng J Med*, 1991; 324:370-6. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199102073240604?articleTools=true>>. Acesso em: 21 mar 2020.



CAMPOS, K.; GRILLO, M.; HORTA, N.; VIANA, J. NUNES, F. O Uso de Softwares na Pesquisa em Enfermagem. 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Natal, Rio Grande do Norte. 2013. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/anais\\_senpe/17senpe/pdf/1156co.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1156co.pdf)>. Acesso em: 22 abr 2020.

CARMO, J.M.A.; MENDOZA, I.Y.Q.; GOVEIA, V.R.; SOUZA, K.V.; MANZO, B.F.; GUIMARÃES, G.L. Cultura de segurança do paciente em unidades hospitalares de ginecologia e obstetrícia: estudo transversal. Rev. Bras. Enferm. 2020; 73( 5 ): e20190576. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0576>>. Acesso em: 14 out 2020.

CHASSIN, M.R., LOEB, J.M. The ongoing quality improvement journey: next stop, high reliability. Health Aff 2011; 30(4):559-568. Disponível em: <<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0076>>. Acesso em: 25 mar 2020.

CHEN, N.; ZHOU, M.; DONG, X.; QU, J.; GONG, F.; HAN, Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet [Internet]. Published online January 30, 2020 [cited 2020 mar 22]. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)>. Acesso em: 29 abr 2020.

CORONA, A.R.P.D. Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospital público de ensino de Mato Grosso do Sul. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo; São Paulo. 2017.

CRUZ, E.D.A.; ROCHA, D.J.M.; MAURICIO, A.B.; ULBRICH, F.S.; BATISTA, J.; MAZIERO, E.C. Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. Cogitare enfermagem 23 (1) 2018. Disponível em <<https://doi.org/10.5380/ce.v23i1.50717>>. Acesso em 12 out 2020.

DANIELSSON, M.; NILSEN, P.; RUTBERG, H; ÅRESTEDT, K. A National Study of Patient Safety Culture in Hospitals in Sweden Journal of Patient Safety 2019 vol: 15 (4) p. 328-333. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000369>>. Acesso em: 10 abr 2020.

FASSARELLA, C.S.; SILVA, L.D.; CAMERINI, F.G.; FIGUEIREDO, M.C.A.B. Cultura de segurança dos enfermeiros entre os serviços de um hospital universitário. Rev. Bras. Enferm. 2019. June; 72( 3 ): 767-773. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0376>>. Acesso em: 14 set 2020.

FREITAS, H.; JANISSEK-MUNIZ, R.; ANDRIOTTI, F.K.; FREITAS, P.; COSTA, R.S. Pesquisa via Internet: características, processo e interface. 2004. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/gianti/files/artigos/2004/2004\\_140\\_rev\\_eGIANTI.pd](http://www.ufrgs.br/gianti/files/artigos/2004/2004_140_rev_eGIANTI.pd)>. Acesso em: 30 abr 2020.

FURINI, A.C.A.; NUNES, A.A.; DALLORA, M.E.L.V. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(n-esp):e20180317. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>>.

GALLASCH, C.; CUNHA, M.; PEREIRA, L.; SILVA-JUNIOR, J. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID-19. *Revista Enfermagem UERJ*. 2020 vol: 28 p. e49596. Disponível em: <<https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.49596>>. Acesso em: 28 abr 2020.

GALVAN, C.; BACHA, E.A.; MOHR, J.; BARACH, P. A human factors approach to understanding patient safety during pediatric cardiac surgery. *Progress in Pediatric cardiology*. 2005; 20(1):13–20. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ppedcard.2004.12.001>>. Acesso em: 28 mar 2020.

GALVÃO, T.F.; LOPES, M.C.C.; OLIVA, C.C.C.; ARAÚJO, M.E.A.; SILVA, M.T. Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018; 26: e3014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>>

GUEDES, A.P.; MARTINS, A.B.T.; ACORSI, C.R.L.; JANEIRO, V. Projeto de ensino aprender fazendo estatística. *Estatística Descritiva*. Universidade Estadual de Maringá, 2005, p. 1-49. Disponível em: <[http://www.each.usp.br/rvicente/Guedes\\_et al \\_Estatistica\\_Descritiva.pdf](http://www.each.usp.br/rvicente/Guedes_et al _Estatistica_Descritiva.pdf)>. Acesso em: 30 abr 2020.

GULDENMUND, F.W. The nature of safety culture: a review of theory and research. *Saf. Sci*. 2000; 34:215-57. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00014-X](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00014-X)>. Acesso em: 10 abr 2020.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION. Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations. (1993). *Organizing for safety: Third report of the ACSNI study group on human factors*. Sudbury, UK: HSE Books.

HEDSKOLD, M.; PUKK-HARENSTAM, K.; BERG, E.; LINDH, M.; SOOP, M.; OVRETVEIT, J; SACHS, M. Psychometric properties of the hospital survey on patient safety culture, HSOPSC, applied on a large Swedish health care sample. *BMC Health Services Research* 2013 vol: 13 (1) pp: 1-11. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-332>>. Acesso em: 17 abr 2020.

HUDSON, P. Applying the lessons of high risks industries to health care. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12(Suppl. 1): i7-i12. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl\\_1.i7](http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_1.i7)>. Acesso em: 21 abr 2020.

KAUFMAN, G.; MCCAUGHAN, D. “The effect of organisational culture on patient safety,” *Nursing Standard*, vol.27,no.43,pp. 50–56, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.7748/ns2013.06.27.43.50.e7280>>. Acesso em: 10 abr 2020.

KHOSHAKHLAGH, A.; KHATOONI, E.; AKBARZADEH, I.; YAZDANIRAD, S.; SHEIDAEI, A. Analysis of affecting factors on patient safety culture in public and private hospitals in Iran. *BMC Health Services Research*, 2019 vol: 19 (1) p. 1-14 Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4863-x>>. Acesso em: 11 abr 2020.

KIM, K.J.; YOO, M.S.; SEO, E.J. Exploring the influence of nursing work environment and patient safety culture on missed nursing care in Korea. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2018;12:121– 6. 17. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.04.003>>. Acesso em: 10 abr 2020.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S., editors, Committee on Quality in Health Care (Institute of Medicine). *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press; 1999. Disponível em: <<https://doi.org/10.17226/9728>>. Acesso em: 15 mar 2020.

KUMBI, M.; HUSSEN, A.; LETTE, A.; NURIYE, S.; MORKA, G. Patient Safety Culture and Associated Factors Among Health Care Providers in Bale Zone Hospitals, Southeast Ethiopia: An Institutional Based Cross-Sectional Study. *Drug Healthc Patient Saf*. 2020 Jan 10;12:1-14. Disponível em: <<https://doi.org/10.2147/DHPS.S198146>>. Acesso em: 17 dez 2020.

LOPEZ, E.C.M.S.; CRUZ, E.D.A.; ALPENDRE, F.T.; BATISTA, J. Cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino. *REME rev. min. enferm* ; 24: e-1298, fev.2020. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gnl.link/remex.org.br/pdf/e1298.pdf>> Acesso em: 14 out 2020.

MAKARY, M.A.; DANIEL, M. Medical error— the third leading cause of death in the US. *Bmj*. 2016;353:i2139. 9. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.i2139> >. Acesso em: 14 abr 2020.

MELLO, J.F.; BARBOSA, S.F.F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2013. Dec; 22(4): 1124-1133. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>>. Acesso em 12 out 2020.

MORETÃO, D.I.C. A cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de um hospital de ensino da rede pública de saúde. *Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte*. 2019.

NICÁCIO, M.C. Cultura de segurança da mulher no parto hospitalar: um estudo misto das percepções dos profissionais de enfermagem e médicos. *Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro. 2019.

NIEVA, V.F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(Suppl 2). p. 17-23. Disponível em: <[https://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl\\_2/ii17](https://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17)>. Acesso em: 21 mar 2020.

NOTARO, K.A.M.; CORRÊA, A.R.; TOMAZONI, A.; ROCHA, P.K.; MANZO, B.F. Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019; 27: e3167. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>>. Acesso em 14 out 2020.

OLIVEIRA, A.R.R.S.; SILVA, K.L.; CUNHA, L.M.M.; SILVA, G.O.; SANTOS, E.Q.; SILVA, T.B.M. Vigilância em Foco. Serviço de Gestão da Qualidade Coordenadoria de

Gestão da Clínica Diretoria de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde. EBSEH. Ministério da Educação. Edição “COVID-19” Nº 189. Janeiro, 2021.

OKUYAMA, J.; GALVAO, T.; SILVA, M. Healthcare professional's perception of patient safety measured by the hospital survey on patient safety culture: A systematic review and meta-analysis. *Scientific World Journal* 2018 vol: 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1155/2018/9156301>>. Acesso em: 12 abr 2020.

PEDRONI, V.S. et al. Cultura de segurança do paciente na área materno-infantil de hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 41, n. spe, e20190171, 2020 . Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190171>>. Acesso em 20 nov 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

RAEISSI, P.; SHARIFI, M.; KHOSRAVIZADEH, O.; HEIDARI, M. Survey of cancer patient safety culture: A comparison of chemotherapy and oncology departments of teaching hospitals of Tehran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2017 vol: 18 (10) p. 2775-2779. Disponível em: <<https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.10.2775>>. Acesso em: 10 abr 2020.

RAZZANI, B.; ATASHZADEH-SHOORIDEH, F.; JAMSHIDI, T.; BARKHORDARI-SHARIFABAD, M.; LOTFI, Z.; SKERRETT, V. The effect of education around ethical principles on nurses' perception to patient safety culture in an Iranian mental health inpatient unit: A pilot study. *BMC Nursing*. 2020 vol: 19(1) p. 1-7. Disponível em: <<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-020-0402-7>>. Acesso em: 10 abr 2020.

REASON, J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; (320):768-70. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768> >. Acesso em: 21 mar 2020.

REASON, J.T. Organizational accidents: the management of human and organizational factors in hazardous technologies. Cambridge: Cambridge University Press, 1997

REIS C.T. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Fundação Oswaldo Cruz; 2013. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>>. Acesso em: 14 fev 2020.

REIS, C.T. Cultura em segurança do paciente. In: SOUSA, P., and MENDES, W., orgs. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, pp. 75-99. Vol. 2. ISBN: 978-85-7541-594-8. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9788575416426>>. Acesso em: 14 fev 2020.

ROCHA, R.C. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: perspectiva da equipe de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí. Teresina. 2017.

SAMMER, C.; LYKENS, K.; SINGH, K.; MAINS, D.; LACKAN, N. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature 2010 p. 156-165. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>>. Acesso em: 20 mar 2020.

SANCHIS, D.Z.; HADDAD, M.C.F.L.; GIROTTO, E.; SILVA, A.M.R. Cultura de segurança do paciente: percepção de profissionais de enfermagem em instituições de alta complexidade. Rev. Bras. Enferm. 2020; 73( 5 ): e20190174. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>>. Acesso em: 16 nov 2020.

SANTIAGO, T.H.R.; TURRINI, R.N.T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. Rev. esc. enferm. USP. 2015 Dec; 49( spe ): 123-130. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>>. Acesso em 12 out 2020.

SERRANO, A.C.F.F.; SANTOS, D.F.; MATOS, S.S.; GOVEIA, V.R.; MENDOZA, I.Y.Q.; LESSA, A.C. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico REME rev. min. enferm ; 23: e-1183, jan.2019. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1183.pdf>>. Acesso em: 12 out 2020.

SCHUH, L.X.; KRUG, S.B.F.; POSSUELO, L.I.A. Cultura de segurança do paciente em unidades de urgência/emergência Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online); 12: 616-621, jan.-dez. 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1097372>>. Acesso em: 12 out 2020.

SILVA, A.C.A.S.; SANTA ROSA, D.O. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. Cogitare Enferm. 2016 v. 21 n. esp: 01-10. Disponível em: <<https://doi.org/10.5380/ce.v21i5.45583>>. Acesso em 17 nov 2020.

SORRA, J.S.; NIEVA, V.F. Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. September 2004.

SORRA, J.; FAMOLARO, T.; YOUNT, N., et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2014 user comparative database report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under contract No HHSA 290201300003C.) Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2014. AHRQ Publication No. 14-0019-EF. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2014/index.html>

SORRA, J.; GRAY, L.; STREAGLE, S., et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. (Prepared by Westat, under Contract No. HHSA290201300003C). AHRQ Publication No. 15-0049-EF (Replaces 04-0041). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. January 2016. Disponível em: <<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>> Acesso em: 10 fev 2020.

TAVARES, A.P.M.; MOURA, E.C.C.; DANTAS AVELINO, F.V.S.D.; LOPES, V.C.A.; NOGUEIRA, L.T. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem. Rev Rene. 2018;19:e3152. Disponível em: <<https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193152>>. Acesso em 13 nov 2020.

TEIGNÉ, D.; MABILEAU, G.; ANTHOINE, E.; LUCAS, M.; LECLÈRE, B.; MORET, L.; TERRIEN, N. Transcultural adaptation and psychometric study of the French version of the nursing home survey on patient safety culture questionnaire. *BMC Health Services Research* 2019 vol: 19(1) p. 1-10. Disponível em: < <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4333-5>>. Acesso em: 14 abr 2020.

TELEŞ, M.; KAYA, S. Staff perceptions of patient safety culture in general surgery departments in Turkey. *African Health Sciences*, 2019 vol: 19 (2) p. 2208-2218. Disponível em: <<https://doi.org/10.4314/ahs.v19i2.46>>. Acesso em: 13 abr 2020.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. JBI Reviewers Manual: Methodology for JBI-Scoping Reviews 2015. Adelaide: The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <[file:///C:/Users/claudia/Downloads/Manual\\_Methodology\\_for\\_JBI\\_Scoping\\_Reviews\\_2015\\_v2 \(1\). Pdf](file:///C:/Users/claudia/Downloads/Manual_Methodology_for_JBI_Scoping_Reviews_2015_v2%20(1).Pdf)>. Acesso em: 18 jan 2020.

THE NATIONAL QUALITY FORUM. Safe practices for better healthcare: 2010 update. Washington DC: The National Quality Forum; 2010. Disponível em: <[https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe\\_Practices\\_for\\_Better\\_Healthcare\\_%E2%80%932010\\_Update.aspx](https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_%E2%80%932010_Update.aspx)>. Acesso em: 28 abr 2020.

TINGLE, John. Patient safety and litigation in the NHS post-COVID-19. *British Journal of Nursing*, 2020, vol 29 n°7. Disponível em: <<https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.7.444>>. Acesso em: 5 mai 2020.

WESTRUM, R. Cultures with requisite imagination. In: Wise JA, Hopkin VD, Stager P, eds. *Verification and validation of complex systems: human factors issues*. 1992:401–16. Disponível em: <[https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-02933-6\\_25](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-02933-6_25)> Acesso em: 09 abr 2020.

WU, A.W.; CONNORS, C.; EVERLY JR, G. S., (2020). COVID-19: Peer Support and Crisis Communication Strategies to Promote Institutional Resilience. *Annals of internal medicine*, M20-1236. Advance online publication. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.7326/M20-1236>>

XU, X.P.; DENG, D.N.; GU, Y.H.; NG, C.S.; CAI, X.; XU, J.; ZHANG, X.S.; KE, D.G.; YU, Q.H.; CHAN, C.K. Changing patient safety culture in China: a case study of an experimental Chinese hospital from a comparative perspective. *Risk Manag Healthc Policy*. 2018 May 1;11:83-98. Disponível em: <<https://doi.org/10.2147/RMHP.S151902>>. Acesso em: 17 dez 2020.

XU, X.; DENG, D.; GU, Y.; NG, C.; CAI, X.; XU, J.; ZHAG, X.; KE, D.; YU, Q.; CHAN, C. Changing patient safety culture in china: A case study of an experimental chinese hospital from a comparative perspective. *Risk Management and Healthcare Policy* 2018 vol: 11 p. 83-98. Disponível em: <<https://doi.org/10.2147/RMHP.S151902>>. Acesso em: 14 abr 2020.

ZHANG J.J.; DONG, X.; CAO, Y.Y.; YUAN, Y.D.; YANG, Y.B.; YAN, Y.Q., et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China.

Allergy. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/all.14238>>. Acesso em: 14 abr 2020.

## APÊNDICE 1

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM / PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO**  
**EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
**(Resolução CNS nº 510 de 2016 e Resolução CNS nº 466 de 2012)**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**  
**DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19**

Você está sendo convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa “Cultura de segurança do paciente em um Hospital Universitário durante a pandemia do COVID-19”. O objetivo deste estudo é avaliar a cultura de segurança do paciente em um hospital universitário durante a pandemia do COVID-19. Você foi selecionado(a) por trabalhar na instituição alvo do estudo e por sua atuação profissional influenciar direta ou indiretamente o cuidado prestado ao paciente.

Sua participação é voluntária e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com a pesquisadora ou com sua instituição de trabalho.

A coleta de dados será realizada por meio do questionário eletrônico *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) que será enviado por e-mail. Você também receberá, por e-mail, uma cópia deste termo em formato PDF assinado pela pesquisadora responsável pela pesquisa.

O seu consentimento para participar da pesquisa será respondido de forma eletrônica, através da seguinte pergunta “Você concorda em participar desta pesquisa?” Caso concorde em participar, clicar em CONCORDO para aceitar e o questionário será aberto para ser respondido.

Após seu consentimento para participar da pesquisa, o HSOPSC poderá ser acessado.

O questionário poderá ser respondido através de um computador ou outro dispositivo com acesso à internet e levará em torno de 10 a 15 minutos para ser preenchido.

Caso não concorde em participar da pesquisa, clicar em NÃO CONCORDO e fechar a tela do navegador que consta a pesquisa.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial e não teremos informações sobre seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos mantendo o sigilo e anonimato. Desta forma, será garantido o anonimato de todos os participantes em todas as fases da pesquisa.

O preenchimento deste questionário oferece riscos mínimos, sendo que algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço durante ou após responder o questionário. Caso algumas dessas situações ocorram, você poderá interromper o preenchimento do questionário ou optar pela suspensão imediata de sua participação. Para isso, basta fechar a página do navegador em que consta o questionário da pesquisa. Neste caso, os seus dados não serão gravados,



enviados e nem recebidos pelo pesquisador e serão apagados ao se fechar a página do navegador.

Caso ocorra dano decorrente associado à sua participação na pesquisa, comprometemo-nos a fornecer-lhe suporte e indenização sobre o dano ocorrido, conforme aponta a Resolução CNS 466/2012.

Com relação aos benefícios, não existem benefícios diretos ao participante. No entanto, os benefícios desta pesquisa estão relacionados à geração de conhecimentos sobre a cultura de segurança dos profissionais que atuam direta ou indiretamente o cuidado prestado ao paciente durante a pandemia do COVID-19, que poderão contribuir para a avaliação e para acompanhar as condições de trabalho e de saúde desses profissionais, além de possibilitar a identificação de áreas e processos passíveis de melhoria.

Este estudo poderá avaliar a efetividade dos processos institucionais no tocante à segurança do paciente e contribuir para o planejamento de medidas para a implementação de processos assistenciais cada vez mais seguros.

Você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo.

Você poderá solicitar acesso aos resultados preliminares da pesquisa, mediante solicitação por e-mail à coordenadora da pesquisa, conforme contato abaixo.

Informamos que esta pesquisa está regulamentada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos, do Ministério da Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa ou posteriormente, com a pesquisadora responsável pelos seguintes contatos:

Marcela Moreira Nascimento Prieto – Pesquisadora responsável  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-UFSCar  
Telefone: (16) 98105-6944  
E-mail: [celamn@gmail.com](mailto:celamn@gmail.com)

---

Marcela Moreira Nascimento Prieto  
Pesquisadora Responsável

**\*Obrigatório**

Para participar da pesquisa, é necessário que você concorde com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Você concorda em participar desta pesquisa?\*

- Concordo  
 Não concordo

## ANEXO 1

### Questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)

#### Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

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

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

## SEÇÃO C: Comunicação

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

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

#### SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

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

- ( ) A – Excelente
- ( ) B – Muito boa
- ( ) C – Regular
- ( ) D – Ruim
- ( ) E – Muito Ruim

## SEÇÃO F: O seu hospital

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## SEÇÃO G: Número de eventos notificados

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

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







## ANEXO 2

SEI/SEDE - 7591642 - Ofício - SEI

[https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento\\_imprimir...](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir...)



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
Rua Luís Vaz de Camões, nº 111 - Bairro Vila Celina  
São Carlos-SP, CEP 13566-448  
(16) 3509-2400 - <http://huufscar.ebserh.gov.br>

Ofício - SEI nº 29/2020/SGPT/GER/HU-UFSCAR-EBSERH

São Carlos, 01 de julho de 2020.

Ilma. Srª

Responsável: Marcela Moreira Nascimento Prieto

Universidade Federal de São Carlos

Pesquisadora Responsável

Assunto: PARECER FINAL DE PROJETO DE PESQUISA: "CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19"

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 23763.000587/2020-82.

Prezada Marcela

Seu projeto foi avaliado e aprovado para ser desenvolvido no HU-UFSCar, observando-se os seguintes pontos:

Diante de impedimento legal, a Gerência Administrativa não está autorizada a fornecer os dados pessoais dos empregados do HU-UFSCar.

Para não haver prejuízo de continuidade no desenvolvimento do presente projeto, informa-se que a Divisão de Gestão de Pessoas poderá enviar correspondência eletrônica institucional, com texto explicativo, assinado pela GEP, contendo os contatos com os pesquisadores, bem como as orientações para as coletas de dados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido anexado. Assim, ficará sob a governabilidade do empregado a decisão de participar ou não do projeto.

Reforçamos que o projeto só poderá ser iniciado no HU-UFSCar, após aprovação e envio à GEP do Parecer do Comitê de Ética para Pesquisas em Seres Humanos da UFSCar. É importante ressaltar que o HU-UFSCar deve constar, como local para as atividades do projeto, no parecer do Comitê de Ética.

Após o envio do parecer, haverá ainda necessidade de contato presencial prévio entre a Coordenação do Projeto e sua equipe e a Chefas responsáveis do HU-UFSCar, identificadas no parecer em anexo, a ser agendada pela GEP.

Atenciosamente,

SEI/SEDE - 7591642 - Ofício - SEI

[https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento\\_imprimir...](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir...)



Documento assinado eletronicamente por Flávia Gomes Pileggi Gonçalves, Gerente, em 01/07/2020,

às 19:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_documento=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_documento=0), informando o código verificador 7591642 e o código CRC 8286E621.

## ANEXO 3



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19

**Pesquisador:** Marcela Moreira Nascimento

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 36126920.5.0000.5504

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.292.397

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1591461, de 15/09/2020).

Pesquisadora aponta que a avaliação da cultura de segurança permite obter uma visão clara dos aspectos relacionados à segurança do paciente que precisam de adequações e requerem mais atenção, possibilitando à instituição a melhoria de seus processos de trabalho. O atual panorama da pandemia do COVID-19 tem gerado diversas mudanças nas organizações de saúde que impactam diretamente na atuação do profissional e na segurança do paciente.

#### Objetivo da Pesquisa:

Como objetivo principal, pretende avaliar a cultura de segurança do paciente em um hospital universitário durante a pandemia do COVID-19. Também aponta os seguintes objetivos secundários:

- Verificar o estado da arte sobre a avaliação da cultura de segurança do paciente em hospitais brasileiros.
- Avaliar a cultura de segurança do paciente junto aos profissionais do HU.
- Identificar e categorizar a cultura nos diferentes setores do HU.
- Identificar pontos de melhoria para impulsionar a cultura de segurança do paciente no HU no

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235  
**Bairro:** JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905  
**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS  
**Telefone:** (16)3351-0685 **E-mail:** cep@ufscar.br



cenário da pandemia do COVID-19.

- Propor possíveis intervenções a partir das melhorias identificadas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Quanto aos riscos, há a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder o questionário.

Em relação aos benefícios, não informa a existência de benefícios diretos, mas aponta que a partir do momento em que se reconhecem os pontos positivos e os pontos de melhoria a respeito da cultura de segurança em uma instituição de saúde, é possível planejar medidas para implementar processos assistenciais cada vez mais seguros.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1591461, de 15/09/2020) e da Carta\_ao\_Parecerista. de 15/09/2020) Trata-se de uma pesquisa com relevância científica e social e respeita os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS 466/12 e 510/16 e suas complementares. É um estudo transversal, descritivo, com análise quantitativa. Será aplicado o questionário "Hospital Survey on Patient Safety Culture" a 336 profissionais de saúde atuantes em um hospital. Informa que o questionário será enviado por e-mail aos

participantes pela Gerência de Ensino e Pesquisa do HU-UFSCar onde será disponibilizado um link para acesso a um formulário criado com o Google Docs.

Em relação à dúvida quanto à garantia do anonimato dos participantes, a pesquisadora informou que " quando o questionário for finalizado e enviado não haverá como alterar os dados e nem identificar o respondente da pesquisa".

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

Foi enviado novo TCLE contendo as informações atualizadas. Entretanto, é necessário informar ao voluntário que, a partir do momento em que enviar os dados, estes não poderão mais ser retirados da pesquisa.

**Recomendações:**

VIDE CONCLUSÕES

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

Projeto aprovado com necessidade de se incluir no TCLE a informação ao voluntário que, a partir do momento em que for finalizado o preenchimento do questionário e este for enviado, não

<b>Endereço:</b> WASHINGTON LUIZ KM 235	<b>CEP:</b> 13.565-905
<b>Bairro:</b> JARDIM GUANABARA	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> SAO CARLOS
<b>Telefone:</b> (16)3351-9685	<b>E-mail:</b> ophumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 4.292.387

haverá mais como retirar a sua participação no estudo, em virtude do anonimato.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O parecer do relator foi apreciado por uma câmara técnica virtual do CEP, atendendo às recomendações da CONEP para análises de protocolos de pesquisa relativos à Covid-19.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1591461.pdf	15/09/2020 21:36:55		Aceito
Outros	Formulario.pdf	15/09/2020 21:34:58	Marcela Moreira Nascimento	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto-versao2_setembro_2020.pdf	15/09/2020 21:34:23	Marcela Moreira Nascimento	Aceito
Outros	Carta_Resposta-versao2.pdf	15/09/2020 21:33:52	Marcela Moreira Nascimento	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	VERSAO03_TCLE_setembro_2020.pdf	15/09/2020 21:32:05	Marcela Moreira Nascimento	Aceito
Outros	CARTA_AO_PARECERISTA.pdf	21/08/2020 14:39:40	Marcela Moreira Nascimento	Aceito
Declaração de concorrência	Parecer_GEPHUUFSCAR.pdf	17/08/2020 16:45:31	Marcela Moreira Nascimento	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	01/08/2020 13:52:36	Marcela Moreira Nascimento	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Marcela.pdf	01/08/2020 13:51:15	Marcela Moreira Nascimento	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Continuação do Parecer: 4.292.387

SAO CARLOS, 22 de Setembro de 2020

Assinado por:  
ADRIANA SANCHES GARCIA DE ARAUJO  
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
UF: SP Município: SAO CARLOS  
Telefone: (16)3351-0685 E-mail: cep@ufscar.br

06/12/2020

ScholarOne Manuscripts



Revista Brasileira de Enfermagem

[Início](#)

[Autor](#)

## Confirmação da submissão

[Imprimir](#)

Obrigado pela sua submissão

**Submetido para**  
Revista Brasileira de Enfermagem

**ID do manuscrito**  
REBEn-2020-1315

**Título**  
Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente em hospitais brasileiros: scoping review

**Autores**  
Prieto, Marcela  
da Fonseca, Renata Elizabete  
Zem-Mascarenhas, Sílvia

**Data da submissão**  
06-dez-2020

Painel do autor