

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

FLÁVIO CÉSAR BRAGA REIS

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE  
ENFERMEIROS EM UM CONTEXTO HOSPITALAR**

São Carlos

2025

FLÁVIO CÉSAR BRAGA REIS

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE ENFERMEIROS EM UM  
CONTEXTO HOSPITALAR.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos — UFSCar, como elemento parcial para a obtenção do grau de Mestre Profissional em Gestão da Clínica. Linha de pesquisa: Gestão do Cuidado em Saúde.

Orientador: Bernardino Geraldo Alves Souto.

São Carlos

2025

## FICHA CATALOGRÁFICA

Reis., Flávio César Braga

Cultura de segurança do paciente entre enfermeiros em um contexto hospitalar / Flávio César Braga Reis. -- 2025.  
76f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Bernardino Geraldo Alves Souto

Banca Examinadora: Bernardino Geraldo Alves Souto, Amanda de Assunção Lino, Cristina Ortiz Sobrinho

Valete

Bibliografia

1. Segurança do Paciente. 2. Gestão de Riscos. 3. Cultura Organizacional. I. Reis., Flávio César Braga. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Arildo Martins - CRB/8 7180



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

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

---

**Folha de Aprovação**

---

Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Flavio Cesar Braga Reis, realizada em 14/01/2025.

**Comissão Julgadora:**

Prof. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto (UFSCar)

Profa. Dra. Amanda de Assunção Lino (USP)

Profa. Dra. Cristina Ortiz Sobrinho Valete (UFSCar)

## DEDICATÓRIA

Dedico este estudo à minha família, por sempre acreditarem no meu potencial.

## **AGRADECIMENTOS**

Expresso a minha gratidão na conclusão do meu mestrado.

Agradeço à minha vida e pelos obstáculos ultrapassados encontrados no percurso.

Agradeço à UFSCAR e a todos os docentes por terem me proporcionado aprendizado profissional, agradeço pelos conselhos, ajuda e paciência com a qual guiaram o meu aprendizado, me proporcionando uma evolução pessoal.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto, por compartilhar seu conhecimento com paciência e respeito. Sou honrado por ser seu orientando e por confirmar em meu trabalho.

Agradeço aos meus pais, Ana Braga e Antônio Aloísio, por sempre estarem ao meu lado e por acreditarem no meu potencial. Amo vocês.

Agradeço aos meus irmãos, Fábio e Kelly, por sempre estarem ao meu lado.

Agradeço a toda minha família pelos princípios que me ensinaram.

Agradeço às pessoas que me acompanharam nessa jornada, Leonardo, Silva e Livia, por terem me incentivado, me acolhido, me ajudado a permanecer firme. Amo vocês.

Agradeço a todos os que contribuíram, de alguma forma, para a realização deste trabalho, a todos que participaram, direta ou indiretamente, do desenvolvimento desta pesquisa, enriquecendo o meu processo de aprendizado.

Aos meus colegas mestrandos com quem convivi ao longo desses anos de curso, que me incentivaram e que certamente tiveram impacto na minha formação acadêmica.

Por fim, agradeço a toda a diretoria do Hospital local de estudo, por ter me apoiado no desenvolvimento da pesquisa. Todos os dados estatísticos foram fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa que possibilitou a realização deste trabalho.

Minha eterna gratidão a todos.

## EPÍGRAFE

*“Em países em desenvolvimento, há uma série de fatores que dificultam a segurança do paciente, como falta de pessoal, superlotação, falta de insumos, a estrutura inadequada e recursos financeiros limitados, tornando o atendimento pouco seguro para o paciente”. (WHO, 2009).*

## RESUMO

Estudos mostram que 10% de quem recebe cuidados hospitalares está sujeito a pelo menos um evento adverso relacionado a esse cuidado. Uma das estratégias para diminuir esses eventos é desenvolver uma qualificada cultura de segurança do paciente entre as equipes multiprofissionais das instituições de saúde. Este estudo quantitativo, transversal e observacional analisou a cultura de segurança do paciente entre enfermeiros(as) de um hospital com ênfase nos aspectos que dificultam ou favorecem essa segurança no local estudado. Foram entrevistados 72 enfermeiros em um Hospital Filantrópico no interior do Estado de São Paulo por meio do *Safety Attitudes Questionnaire*, no modelo de escala de Likert. Os achados foram descritos estatisticamente, comparando-se o perfil e as respostas aos questionários aplicados a profissionais de áreas críticas com aqueles aplicados a profissionais das áreas não críticas. Foram efetivamente aproveitados 61 dessas 72 entrevistas. Enfermeiros(as) de áreas críticas ou não críticas tinham perfil profissional e etário semelhante. A maioria tinha menos de 33 anos, trabalhava em horário diurno na área assistencial, havia concluído a graduação há mais de 5 anos e atuava na instituição há menos de 5 anos. A percepção global de segurança do paciente teve escore insatisfatório em ambas as áreas. Estratificando por domínios, a percepção foi satisfatória somente em relação ao *Clima de trabalho em equipe* e à *Satisfação no trabalho*, ambos favorecedores da cultura de segurança. Em geral, detectou-se necessidade de relacionadas à cultura de segurança do paciente na instituição estudada, especialmente nos domínios que a favorecem, com destaque para o *Clima de Segurança*, a *Percepção do Estresse*, a *Percepção da Gerência* e as *Condições de Trabalho*.

Descritores: Segurança do Paciente; Gestão de Riscos; Cultura Organizacional; Serviço Hospitalar de Enfermagem; Enfermagem.

## ABSTRACT

Studies show that 10% of those receiving hospital care are subject to at least one adverse event related to this care. One of the strategies to reduce these events is to develop a qualified patient safety culture among multidisciplinary teams in health institutions. This quantitative, cross-sectional, observational study analyzed the patient safety culture among nurses in a hospital, with an emphasis on the aspects that hinder or favor this safety in the studied location. Seventy-two nurses were interviewed in a philanthropic hospital in the interior of the state of São Paulo using the Safety Attitudes Questionnaire, in the Likert scale model. The findings were described statistically, comparing the profile and responses to the questionnaires applied to professionals in critical areas with those applied to professionals in non-critical areas. Of these 72 interviews, 61 were effectively used. Nurses in critical and non-critical areas had similar professional profiles and ages. Most were under 33 years old, worked daytime in the healthcare area, had completed their undergraduate degree more than 5 years ago, and had worked at the institution for less than 5 years. The overall perception of patient safety had an unsatisfactory score in both areas. Stratifying by domains, the perception was satisfactory only in relation to *Teamwork Climate* and *Job Satisfaction*, both of which favor a safety culture. In general, a need was detected for improvements related to patient safety culture in the institution studied, especially in the domains that favor it, with emphasis on *Safety Climate*, *Perception of Stress*, *Perception of Management*, and *Working Conditions*.

Descriptors: Patient safety; risk management; organizational culture; hospital nursing service; nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma do quantitativo da população-alvo e sua parcela participante do estudo.....	37
Figura 2 - Gráficos de Radar comparativos da distribuição quartílica da idade, tempo de formação e tempo de atuação dos enfermeiros das áreas Críticas e Não Críticas.....	39
Figura 3 - Comparativo do escore global e específico por áreas (crítica e não crítica).....	42
Figura 4 - Quantitativo global de respostas com percepção favorável e não favorável à cultura de segurança do paciente dentro de cada domínio.....	45
Figura 5 - Quantitativo de respostas com percepção favorável e não favorável à cultura de segurança do paciente dentro de cada domínio — Área Não Crítica.....	46
Figura 6 - Quantitativo de respostas com percepção favorável e não favorável à cultura de segurança do paciente dentro de cada domínio — Área Não Crítica.....	48
Figura 7 - Gráfico de Likert comparativo de cada resposta ao questionário, entre a área crítica (C) e a não crítica (NC).....	50

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percentual de respostas informadas no formulário sociodemográfico.....	38
Tabela 2 - Medidas de tendência da idade, tempo de formação e tempo de atuação na instituição dos enfermeiros das áreas Críticas e Não Críticas do local de estudo.....	38
Tabela 3 - Perfil sociodemográfico dos participantes, segundo suas áreas de atuação.....	40
Tabela 4 - Média do escore por domínio global e específico das áreas críticas e não críticas.....	43
Tabela 5 - Quantitativo global de respostas com percepção favorável e não favorável à cultura de segurança do paciente dentro de cada domínio.....	44
Tabela 6 - Quantitativo de respostas com percepção favorável e não favorável à cultura de segurança do paciente dentro de cada domínio — Área Não Crítica.....	46
Tabela 7 - Quantitativo de respostas com percepção favorável e não favorável à cultura de segurança do paciente dentro de cada domínio — Área Crítica.....	47
Tabela 8 - Dados da escala Likert obtido através do questionário SAQ entre áreas críticas e não críticas.....	51

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Comparativo de respostas por domínio com percepção favorável e não favorável à cultura de segurança do paciente das áreas críticas x áreas não críticas.....	49
---	----

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP — Comitê de Ética em Pesquisa.

CNES — Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

CSP — Cultura de Segurança do Paciente.

HSOPSC — Pesquisa sobre Cultura de Segurança em Hospitais.

OMS — Organização Mundial da Saúde.

ONA — Organização Nacional de Acreditação Hospitalar.

OPAS — Organização Pan-Americana da Saúde.

PGSP — Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente.

PNSP — Programa Nacional de Segurança do Paciente.

PNS — Programa Nacional de Saúde.

RIENSP — Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente.

REBRAENSP — Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente.

SAQ — Questionário de Atitudes de Segurança

STROBE -*Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology*  
(fortalecimento do relatório de estudos observacionais em epidemiologia).

SUS — Sistema Único de Saúde.

TCLE — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

VIGIPOS — Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária.

## **APRESENTAÇÃO E MOTIVAÇÕES DO AUTOR:**

Meu nome é Flávio Cesar Braga Reis, tenho 37 anos, e sou enfermeiro há 13 anos, formado pela Universidade do Estado de Minas Gerais (FESP — UEMG). Minha trajetória profissional iniciou-se antes de finalizar a graduação, durante o estágio em uma casa de saúde mental na cidade de Alpinópolis–MG.

Ao finalizar minha graduação em 2011, exerci atividade como enfermeiro assistencial em uma instituição filantrópica de Minas Gerais, no centro cirúrgico por três anos, durante este período me aperfeiçoei em algumas áreas, fiz curso profissionalizante de instrumentação cirúrgica e o curso de enucleação de córneas, onde implantamos o serviço de captação de córneas.

Em 2016, concluí minha especialização em gestão pública de saúde, na Universidade Federal de Juiz de Fora, participei de projetos de creditações hospitalares, ONA e Qmentum, em 2021 realizei o curso de Preparação de Avaliadores do Sistema Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

Trabalhei por quatro anos em uma instituição privada como coordenador operacional do bloco cirúrgico e depois como coordenador geral de enfermagem. Me aperfeiçoei em gerenciamento do cuidado e gestão de processos em saúde com foco na segurança e qualidade assistencial.

Atualmente, possuo o cargo de Responsável Técnico — Gerente de Práticas Assistenciais no Hospital Regional de Piracicaba — Unicamp e sou avaliador da metodologia Qmentum — QGA.

Minhas motivações, quando ingressei no Programa de Mestrado Profissional em Gestão Clínica na UFSCAR, estavam voltadas à evolução dos meus conhecimentos como enfermeiro e como gestor, que vão além da experiência prévia que possuo. Em toda minha carreira profissional, busquei sempre fazer “diferente”, sempre busquei o trabalho humanizado, com responsabilização e com a prestação de cuidados assistenciais seguros, mitigando eventos adversos aos pacientes. Frente a esses desafios, evidenciados durante minha trajetória profissional, propus o presente estudo sobre cultura de segurança do paciente entre enfermeiros em um contexto hospitalar.

Vejo minha evolução profissional, pessoal, onde coloco em prática o ensino crítico, reflexivo, podendo contribuir com meus conhecimentos voltados à saúde

pública e ao SUS em âmbito hospitalar para direcionar ações que fortaleçam a qualidade e segurança assistencial.

## Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS.....	20
2.1. SEGURANÇA DO PACIENTE.....	20
2.2. CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	24
2.3. O CLIMA DE SEGURANÇA INSTITUCIONAL QUE INTERESSA À SEGURANÇA DO PACIENTE.....	26
3. OBJETIVO GERAL.....	29
3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
4. METODOLOGIA.....	30
4.1. DESENHO DA PESQUISA.....	30
4.2. LOCAL DO ESTUDO.....	31
4.3. SUJEITOS DA PESQUISA.....	31
4.4. ASPECTOS ÉTICOS.....	31
4.5. LEVANTAMENTO DOS DADOS.....	32
4.6. TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	34
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
5.1. OS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	36
5.2. A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	41
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS PARA A INSTITUIÇÃO DE ESTUDO.....	54
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICE 1 — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	60
APÊNDICE 2 — FORMULÁRIO ELETRÔNICO DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	62
APÊNDICE 3 — DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE) - SHORT FORM BRASIL:.....	63
APÊNDICE 4 - ITENS ESSENCIAIS QUE DEVEM SER DESCRITOS EM ESTUDOS OBSERVACIONAIS, SEGUNDO A DECLARAÇÃO STRENGTHENING THE REPORTING OF OBSERVATIONAL STUDIES IN EPIDEMIOLOGY (STROBE). 2007. ....	64
ANEXO 1 — PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	67
ANEXO 2 — QUESTIONÁRIO DE ATITUDE DE SEGURANÇA: PERSPECTIVA DA EQUIPE SOBRE ESTA ÁREA DE CUIDADOS:.....	73
ANEXO 3 — AUTORIZAÇÃO PELA AUTORA DO INSTRUMENTO SAQ -QUESTIONÁRIO DE ATITUDE DE SEGURANÇA. ....	75
ANEXO 4 — RELATÓRIO DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO.....	76

## 1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é uma das principais preocupações na área da saúde em todo o mundo. No Brasil, a trajetória nessa área tem sido marcada por desafios, progressos e pela conscientização crescente da relevância de assegurar a excelência e a proteção das pessoas sob cuidados de saúde. (Magalhães, *et al.*, 2019).

Em países em desenvolvimento, há uma série de fatores que dificultam a segurança do paciente, como a falta de pessoal, a superlotação, a falta de insumos, a estrutura inadequada e os recursos financeiros limitados, tornando o atendimento pouco seguro para o paciente. (WHO, 2009).

Ao nível nacional, a melhoria das políticas e práticas de segurança do paciente tem sido um objetivo constante ao longo dos anos, especialmente impulsionado pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), estabelecido pela Portaria MS/GM n.º 529, de 1º de abril de 2013. Contudo, desafios como a falta de acesso universal à saúde, as diferenças regionais e a necessidade de uma cultura de segurança qualificada ainda permanecem. (BRASIL, 2014). Estudos realizados pelo Sistema de Notificação para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) no Brasil identificaram 63.933 eventos adversos relacionados à assistência à saúde num período de junho/2014 a junho/2016. Destes, 417 resultaram em óbito. Esse problema cresce em importância uma vez que, além dos pacientes, afeta também os profissionais do cuidado e toda a sociedade (Magalhães *et al.*, 2019).

No contexto mundial, danos relacionados aos cuidados de saúde são reportados com frequência pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1980. Foi quando diversas ações tiveram início com fins a tornar esses cuidados mais seguros (WHO, 2021).

Desde então, a OMS passou a orientar sobre a segurança do paciente, vigorando atualmente o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021–2030 (PGSP), aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2021. Esse plano objetiva eliminar eventos evitáveis na assistência à saúde mediante a oferta universal de atendimento seguro (WHO, 2021).

Sete objetivos orientam o PGSP: 1. Envolver pacientes e familiares nas ações interessadas na segurança do cuidado; 2. Promover ações conjuntas; 3. Analisar e compartilhar informações para promover o aprendizado e sua aplicação; 4. Transformar evidências em medidas acionáveis e mensuráveis para melhoria; 5. Fundamentar as políticas e ações conforme a natureza do contexto de cuidado. 6. Utilizar tanto o

conhecimento científico quanto a experiência do paciente para aprimorar a segurança; 7. Incentivar uma cultura de segurança na concepção e prestação de serviços de saúde (WHO, 2021). Destaca-se que o sétimo objetivo aponta para o objeto deste estudo ligado à cultura de segurança do paciente (CSP) nas instituições assistenciais. (WHO, 2021).

A CSP implica na responsabilidade dos prestadores de cuidados de saúde pela segurança pessoal, dos pacientes, dos colegas de trabalho e dos familiares; em priorizar a segurança acima das metas operacionais e financeiras; em incentivar a notificação, a identificação e a solução de problemas relacionados à segurança; em promover o aprendizado a partir das ocorrências e fornecer recursos e estrutura para a manutenção efetiva da segurança. (Carvalho, *et al.*, 2021).

Há estudos que demonstram uma relação entre a CSP e resultados benéficos para os pacientes, como a diminuição das taxas de readmissão hospitalar; da ocorrência de eventos adversos com acréscimo de morbidade, de sequelas e de mortes; e maior bem-estar das pessoas no âmbito dos cuidados de saúde (Andrade *et al.*, 2018).

Frente a isto, as instituições de saúde, preocupadas com a qualidade de seus serviços, têm procurado aprimorar seus processos de trabalho mediante ações que minimizam ou eliminam falhas assistenciais. (Madalozzo *et al.*, 2021).

Nesse sentido, normatizações e protocolos adaptados às contingências do espaço, da natureza do serviço e do modelo assistencial são fundamentais. Nos setores de emergência, por exemplo, o quantitativo de pessoas com necessidade de cuidados costuma ser grande e imprevisível, assim como a natureza e a complexidade da demanda, repercutindo diretamente na carga de trabalho e outros fatores que colaboram para a fragilização da segurança do paciente. Ou seja, esse tipo de serviço contém aspectos críticos à cultura de segurança e, portanto, precisam ser contemplados com maior rigor nos protocolos assistenciais e treinamentos (WHO, 2021).

Segundo Vincent e Amalberti (2016), embora a Segurança do Paciente seja um desafio em todo o ambiente hospitalar, os setores críticos fechados, como hemodinâmica, unidades de terapia intensiva e centro cirúrgico, podem ser entendidos como vantajosos para a implementação de suas ações, uma vez que nestes locais, os processos são mais bem definidos e padronizados, facilitando a identificação de riscos e a implementação de medidas preventivas.

A menor rotatividade de profissionais também contribui para uma maior familiaridade com os pacientes e suas condições clínicas, permitindo um cuidado mais personalizado e atento às necessidades individuais, que por sua vez reduz a probabilidade de erros e eventos adversos. (Vincent, Amalberti, 2016).

Entretanto, alguns estudos contradizem esta percepção e evidenciam que a ocorrência de eventos adversos é mais frequente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), o que se justifica pelas seguintes razões: é um cenário assistencial de alto risco; o cuidado prestado é intensivo; envolve diversos procedimentos e tecnologias; é realizado por inúmeros profissionais que trabalham sob intenso estresse, tendo que lidar diretamente com situações de vida e morte em que ações precisam ser executadas com rapidez. (Andrade *et al.*, 2017; Mello, Barbosa, 2017).

Por outro lado, novas tecnologias procedimentais na assistência à saúde que possibilitam abordagens diagnósticas e terapêuticas mais complexas e mais invasivas podem exigir mais treinamento, mais cuidado e mais atenção por parte do profissional, que, em certas ocasiões, acabam por oportunizar erros que podem comprometer a segurança do paciente. (Barbosa *et al.*, 2021).

Do ponto de vista de gestão, uma unidade assistencial segura requer algumas características: liderança firme e respeitosa; comunicação aberta; espírito de equipe; trabalho organizado, cooperativo e responsável; resposta rápida e eficiente aos desafios de mudança para alcançar novos resultados; adoção de procedimentos claros e definidos; e vigilância sistemática e ação rápida para corrigir eventos adversos. (Barbosa *et al.*, 2021).

Nesse sentido, pode ser difícil distinguir entre os erros causados por atos inseguros ou processos não confiáveis, de modo que, em geral, as falhas são resultantes de uma combinação de fatores individuais e sistêmicos (Tavares *et al.*, 2018).

Foi nesse espaço que este estudo se posicionou ao descrever a cultura de segurança do paciente entre enfermeiros(as) de áreas críticas e não críticas de um hospital. O propósito foi produzir um conhecimento útil ao planejamento de ações em reforço às propostas interessadas na segurança de pessoas sob cuidado hospitalar.

## 2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

### 2.1. SEGURANÇA DO PACIENTE

O termo Segurança do Paciente diz respeito a práticas preocupadas em evitar eventos adversos relacionados aos cuidados de saúde e reduzir seus impactos, podendo ser definida como uma estrutura de atividades organizadas para criar culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes em cuidados de saúde que diminuam riscos de forma consistente e sustentável, reduzam a ocorrência de danos evitáveis aos pacientes, tornem os erros menos prováveis e reduzam o impacto do dano quando ele ocorre. Estabelecer essa estrutura de atividades torna os erros menos prováveis e reduz o impacto do dano quando ele ocorre. (WHO, p.XII 2021).

Desde antes de Cristo, questões relacionadas à segurança do paciente são uma preocupação. Hipócrates já sugeria o princípio da não maleficência por meio da expressão, “*primum non nocere*” (*primeiro, não faça nenhum mal*). No século XIX, durante a Guerra da Crimeia (1853–1856), a enfermeira britânica Florence Nightingale, fundadora da enfermagem moderna, também destacou a importância da segurança como fator fundamental para a recuperação de soldados doentes. (Lopes, 2019).

Estudos na década de 1990 mostraram que a frequência de incidentes associados aos cuidados hospitalares de saúde foi substancial e até então pouco reconhecida. Foi quando se introduziu o termo “*erro médico*” que foi amplamente adotado pelos formuladores de políticas, pesquisadores, médicos, grupos de pacientes e meios de comunicação (WHO, 2021).

No entanto, uma vez que todos os profissionais de saúde estão sujeitos a cometer erros, a nomenclatura “*erro médico*” foi gradualmente substituída pelos termos incidente e evento adverso, que significam respectivamente: circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente; e qualquer lesão não intencional ou dano causado ao paciente como resultado da assistência (WHO, 2021).

Esse assunto alcançou notoriedade a partir da publicação do relatório “*Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro*” pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos em 1999. Nesse relatório, estimou-se que entre 44.000 e 98.000 pessoas morreram em hospitais todos os anos como resultado de eventos adversos relacionados à assistência (WHO, 2021).

Diante disso, a resolução WHA55, elegida pela Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2002, ressaltou a importância da análise à segurança do paciente. Dessa forma, a resolução solicitou predileção no aperfeiçoamento em fortalecer estratégias baseadas em evidências, para melhorar a qualidade e segurança do paciente no ambiente de saúde. (WHO, 2021).

No Brasil, a história da segurança do paciente é mais recente e os órgãos e serviços responsáveis por transfusões de sangue, controle e prevenção de infecção associada ao cuidado em saúde e serviços de anestesia foram seus pioneiros. Já em 2002, a “*Rede Sentinela*” gerenciava o risco ao paciente sobre três pilares: busca ativa de eventos adversos, notificação desses eventos e uso racional das tecnologias em saúde (BRASIL, 2017).

Mais adiante, a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*WHO World Alliance for Patient Safety*), em 2004, expandiu para o mundo com o foco na segurança do paciente. Desde então, várias campanhas têm sido promovidas visando reduzir os eventos adversos relacionados à assistência e reduzir seus impactos (WHO, 2021).

Nessa direção, e com objetivo de fortalecer as práticas de enfermagem por meio da troca de informações e difusão de evidências científicas, em novembro de 2005 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) criou a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP). No processo de criação da RIENSP, foram analisadas as tendências e as prioridades para o desenvolvimento da enfermagem na área de Segurança do Paciente, discutidas as prioridades e as necessidades de estudos para a qualificação do cuidado de enfermagem, sua gestão, das ações de investigação, da informação e da educação na área da enfermagem e segurança do paciente (REBRAENSP, 2024).

Seguindo esses mesmos passos e com o mesmo objetivo, em 14 de maio de 2008, o Brasil criou a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) (REBRAENSP, 2024).

A partir daí, a REBRAENSP articulou cooperações técnicas entre instituições ligadas à educação de profissionais de saúde para o fortalecimento da assistência de enfermagem com foco na segurança e na qualidade. (REBRAENSP, 2024).

Por outro lado, frente a esses movimentos crescentes pela Segurança do Paciente, especialmente a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente de 2004 e a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente de 2005, a OMS, lançou

em 2009 as seis metas internacionais de segurança: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na administração de medicamentos; promover segurança em cirurgias; diminuir os riscos de infecção e de queda do paciente (BRASIL, 2017).

No mesmo ano, a Portaria n.º 1.660, de 22 de julho de 2009, instituiu o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (VIGIPÓS), no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde — SUS no Brasil. (BRASIL, 2017a).

Desde a criação da VIGIPÓS em 2009, a melhoria das políticas e práticas sobre a segurança do paciente no Brasil tem sido um objetivo constante ao longo dos anos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM n.º 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado de saúde em todo o território nacional. A prioridade foi acompanhar a agenda política dos estados-membros da OMS e a resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, interessadas na segurança do paciente (BRASIL, 2017).

O PNSP aspira qualificar os profissionais de saúde para que erros sejam evitados, reduzidos ou mitigados nas unidades assistenciais de todo o país. Desde então, é indispensável que os estabelecimentos de saúde possuam um Núcleo de Segurança do Paciente, destinado a promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do Paciente e à participação do cidadão em sua própria segurança (Magalhães *et al.*, 2021).

São atribuições dos Núcleos de Segurança do Paciente identificar, descrever e prevenir eventos adversos relacionados à assistência à saúde. A esse respeito, destaca-se que a gestão adequada desses eventos requer a investigação de suas causas, o desenvolvimento de estratégias de prevenção e a comunicação clara com os pacientes afetados (BRASIL, 2014).

*“Os NSPs serão responsáveis pela elaboração de um plano de segurança do paciente do serviço de Saúde que aponte e descreva as estratégias e ações definidas pelo serviço de Saúde para a execução das etapas de promoção, de proteção e de mitigação dos incidentes associados à assistência à saúde, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de Saúde” (BRASIL, 2014).*

Assim, a notificação de eventos adversos relacionados à assistência de saúde se tornou um componente crucial pela segurança do paciente e pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. O fundamento é que, por meio da notificação,

possibilita-se conhecer esses eventos em uma instituição de saúde para que ações de prevenção sejam realizadas. Entre essas ações, destaca-se criar protocolos interessados em evitar incidentes e acidentes assistenciais e reduzir seus efeitos indesejáveis. (BRASIL, 2024).

Atualmente, no Brasil, as notificações podem ser feitas por meio do sistema Notivisa (BRASIL, 2024) e a legislação específica que rege as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde no Brasil consta da Resolução da Diretoria Colegiada, RDC n.º 36/2013 da ANVISA, que também estabelece as diretrizes para a notificação de incidentes relacionados à saúde (BRASIL, 2013).

Ao encontro de tudo isso, há um núcleo da REBRAENSP em São Carlos–SP, que foi criado em 07 de outubro de 2010, vinculado ao Polo São Paulo. O evento de criação ocorreu no Auditório do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, sob coordenação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvia Helena Zem Mascarenhas. Representantes das instituições de saúde pública e particulares da cidade, assim como representantes das escolas de formação de nível técnico e superior, fazem parte desta Rede, incluindo enfermeiros(as) atuantes no local onde este estudo foi desenvolvido (REBRAENSP, 2024). Esse hospital, por sua vez, conta com seu Núcleo de Segurança do Paciente, dos quais fazem parte os setores de Qualidade, Educação Permanente e Continuada, Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde, Gestores e profissionais da assistência direta, regidos por comissões e normativas específicas para cada meta relacionada à Segurança do Paciente.

Entretanto, apesar de todos os esforços para estabelecer, implantar e efetivar os programas para Segurança do Paciente no Brasil, desafios como iniquidades assistenciais, as desigualdades regionais e a necessidade de uma cultura de segurança mais sólida ainda permanecem (BRASIL, 2014).

Em 2016, pesquisadores britânicos desenvolveram o estudo intitulado *More holes than cheese. What prevents the delivery of effective, high quality and safe health care in England?* Visando apresentar os desafios que impedem a prestação de cuidados de saúde eficazes, seguros e de alta qualidade. A investigação explorou cinco temas relacionados à qualidade: cultura organizacional, pressão e estresse no trabalho, gerenciamento de risco, comunicação e recursos. (Hignett *et al.*, 2018).

O estudo revelou que, além das dificuldades já conhecidas, como a falta de pessoal, falta de recursos e a complexidade do paciente, os problemas relacionados às políticas de segurança começam a surgir. Dessa forma, foi constatada a necessidade de

discutir os princípios de segurança relacionados aos fatores humanos integrados aos cuidados de saúde para lidar com os desafios da cultura organizacional, a pressão e a carga horária de trabalho. Os autores consideram o resultado um desafio para a cultura de segurança e a gestão de riscos, especialmente no que diz respeito à comunicação e aos investimentos. (Hignett *et al.*, 2018).

Portanto, é necessário investir significativamente na melhoria da infraestrutura de saúde, na capacitação de profissionais da saúde, na implementação de regulamentações e na disseminação da consciência em relação à segurança do paciente, a fim de assegurar que todos, sem distinção de localização ou condição socioeconômica, recebam cuidados de saúde adequados e de qualidade. (WHO, 2021).

Outro estudo revelou que o ambiente hospitalar público tem sido considerado como de maior risco em comparação com o setor privado. Dentre os motivos para essa afirmação, estão a falta de infraestrutura para o desenvolvimento das atividades laborais, a sobrecarga profissional e a busca das instituições privadas pelo alcance de metas econômicas e financeiras, investindo em estratégias capazes de diminuir as falhas e erros relacionados à assistência. (Aquino, 2023).

## **2.2. CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Enquanto a segurança do paciente resulta de ações concretas para prevenir falhas e eventos adversos, a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) diz respeito aos valores, atitudes, percepções, e padrões de comportamento individuais e coletivos que determinam a organização e o funcionamento da assistência com foco na segurança de quem é cuidado. Significa que os membros de uma equipe de saúde compartilham crenças, valores, atitudes e práticas comuns, que influenciam como as ameaças à segurança são percebidas e gerenciadas (Carvalho *et al.*, 2021). Esses aspectos subjetivos, em última instância, fazem parte dos princípios fundamentais que norteiam a instituição prestadora da assistência na totalidade (WHO, 2021).

Assim, a cultura de segurança do paciente pode ser definida como as crenças, atitudes, valores, normas e práticas compartilhadas por todos os membros de uma organização de saúde, que influenciam sua abordagem em relação à segurança do paciente. Envolve a promoção de uma mentalidade proativa, onde a segurança é priorizada em todas as atividades e decisões relacionadas aos cuidados de saúde. (BRASIL, 2021).

A esse respeito, estudos indicam que quando a cultura de segurança é positiva em uma instituição de saúde, os profissionais se sentem à vontade para relatar incidentes e preocupações, possibilitando identificar e corrigir problemas de segurança de forma mais rápida (Carvalho *et al.*, 2021). Ou seja, uma cultura de segurança sólida promove a comunicação aberta, a transparência na identificação e no relato de incidentes, e a disposição de aprender com os erros para evitar sua reprodução (WHO, 2021). Acrescenta-se aqui a responsabilização, o trabalho em equipe e a busca contínua pela melhoria.

Nessa direção, o Programa Nacional de Segurança do Paciente segue a definição de cultura de segurança da OMS, que se baseia em cinco elementos: 1) todos os trabalhadores assumem responsabilidade por sua própria segurança, de seus colegas, dos pacientes e familiares; 2) prioridade à segurança acima de metas financeiras e operacionais; 3) encorajamento e recompensa pela identificação, notificação e resolução de problemas relacionados à segurança; 4) promoção do aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes; e 5) incentivo à oportunidade de recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2014).

Assim, pode-se dizer que a CSP está intimamente ligada ao modelo de gestão institucional, onde o efeito é positivo quando esse modelo é orientado para a melhoria da qualidade, resultando em fortalecimento da própria CSP. Na mesma direção, um modelo de gestão frágil e punitivo pode levar a uma CSP deficitária e maior ocorrência de eventos adversos (Silva *et al.*, 2021). Ou seja, é importante promover um ambiente de trabalho colaborativo, onde os profissionais se sentem valorizados, engajados e motivados a prestar serviços de alta qualidade; entre eles, uma assistência isenta de eventos adversos (BRASIL, 2021).

De todo modo, a manutenção de práticas para garantir a segurança dos pacientes deve ser fundamentada no fortalecimento de princípios e crenças de cuidado eficaz a serem incorporados na cultura institucional no que diz respeito à segurança do paciente (Madalozzo *et al.*, 2021).

Para o desenvolvimento de uma cultura de segurança positiva, são necessárias ações longitudinais participativas e com o envolvimento de todos os profissionais da instituição. Para isso, é indispensável o comprometimento das lideranças com esta causa. (Silva *et al.*, 2021).

Entre esses profissionais, os da enfermagem têm papel estratégico, seja no cuidado individual direto, no gerenciamento assistencial ou na educação continuada das

equipes. Nota-se que essa contingência exige dos enfermeiros uma cultura de segurança do paciente bastante qualificada e influente, e que esses profissionais a apliquem em suas práticas. (Adamy *et al.*, 2018).

Essas práticas, são exemplos o mapeamento dos riscos a que os pacientes estão expostos a partir de sua admissão hospitalar, a realização de treinamentos voltados à segurança do paciente, a comunicação dialógica e transparente, o estímulo e a valorização dos membros das equipes e o incentivo à aprendizagem a partir de erros e incidentes (Cedraz *et al.*, 2018; BRASIL, 2021).

Outras estratégias, como coleta e análise de dados sobre segurança do paciente, também são importantes para mapear risco, identificar problemas e implementar medidas preventivas adequadas (BRASIL, 2021). Por meio dessas análises, possibilita-se, por exemplo, avaliar o clima de segurança na instituição, o que é feito com referência aos componentes mensuráveis da cultura de segurança, do modelo de gestão, dos protocolos técnicos, das atitudes profissionais, etc. Em termos práticos, a avaliação do clima de segurança possibilita descrever quantitativamente potencialidades e fragilidades da assistência relacionadas à segurança do paciente, úteis ao planejamento de gestão interessado nesta segurança (Kolankiewicz *et al.*, 2017).

### **2.3. O CLIMA DE SEGURANÇA INSTITUCIONAL QUE INTERESSA À SEGURANÇA DO PACIENTE**

Clima de segurança é a parte mensurável da cultura de segurança do paciente, podendo compreender os profissionais de saúde em um determinado momento em seu local de trabalho, sendo ela um ponto de partida para identificação de pontos frágeis, buscando mitigação dos riscos. (Magalhães *et al.*, 2019).

O clima de segurança identifica diálogos entre a equipe multiprofissional. Quando o clima de segurança é favorável, está relacionado ao desempenho de segurança alto, já quando o clima de segurança é desfavorável, está geralmente relacionado a taxas altas de eventos adversos e incidentes envolvendo o paciente. (REBRAENSP, 2020).

Para mensurá-lo, dispõe-se de instrumentos sistematizados, com destaque para o *Safety Attitudes Questionnaire* — SAQ (Questionário de Atitudes de Segurança) e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* — HSOPSC (Pesquisa sobre Cultura de Segurança em Hospitais). (Etchegaray, Thomas, 2012).

Esses instrumentos têm confiabilidade e validade preditivas similares. Entretanto, o HSOPSC prediz melhor a frequência de notificação de eventos adversos e a observância geral à segurança do paciente (Etchegaray, Thomas, 2012).

Por outro lado, a correlação entre as medidas obtidas pelos dois instrumentos é moderada e ambos têm boa confiabilidade interna (Santiago, 2014).

O Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas em 2005, foi adaptado para o Brasil em 2011 com consistência interna de 0,89. O questionário engloba seis dimensões da cultura de segurança do paciente, com 41 perguntas, e permite, por meio do seu escore, identificar sinais de alerta para os domínios que precisam ser melhorados na instituição em prol da segurança do paciente (Carvalho, Cassiani, 2012).

Já a Pesquisa sobre Cultura de Segurança em Hospitais (HSOPSC) teve sua versão adaptada e validada para o Brasil em 2017 com consistência interna de 0,92. O questionário engloba 12 dimensões da cultura de segurança do paciente com 42 perguntas (Andrade *et al.*, 2017).

A grande diferença identificada entre estes instrumentos de avaliação da cultura de segurança do paciente está no fato de que o HSOPSC possui um programa computacional para coleta de dados com uma ferramenta de análise automática das respostas. Porém, o estudo de Luiz Eduardo Lima de Andrade e colaboradores, que adaptou e validou a ferramenta para o Brasil em 2017, recomenda que a coleta de dados seja feita por e-mail e, fazendo-se necessário, complementada presencialmente, para se obter maior número possível de respostas (Andrade *et al.*, 2017)

Independentemente de qual instrumento seja utilizado, a mensuração do clima de segurança permite identificar fatores que contribuem ou prejudicam a cultura de segurança do paciente, orientando o investimento institucional nessa área (Magalhães *et al.*, 2019). Ao mesmo tempo, é importante avaliar o clima de segurança segundo contextos particulares porque cada instituição possui características únicas em termos de infraestrutura, recursos humanos, perfil epidemiológico e socioeconômico, etc. que influenciam diretamente os desafios e as necessidades relacionadas à segurança do paciente naquele ambiente especificamente (BRASIL, 2024). Essa avaliação assim contextualizada, favorece o estabelecimento de uma cultura de segurança ajustada às contingências locais, portanto, com maior potencial de efetividade (BRASIL, 2024).

Muitos hospitais enfrentam desafios significativos na promoção de uma cultura de segurança do paciente positiva. Entre esses desafios, destacam-se a falta de pessoal, a

superlotação, a falta de insumos, a estrutura inadequada e os recursos financeiros limitados, tornando o atendimento pouco seguro para o paciente.

Garantir a segurança do paciente envolve a implementação de medidas proativas para identificar, prevenir e mitigar esses eventos adversos. Isso inclui a criação de uma cultura organizacional priorizando a transparência, a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, a melhoria dos processos de trabalho e o uso de tecnologia para monitorar e analisar dados de segurança do paciente.

Diante dessas questões, é imperativo que os hospitais adotem medidas proativas para fortalecer sua cultura de segurança do paciente. Algumas ações-chave que podem ser implementadas incluem, fomentar uma cultura de aprendizado organizacional, onde os eventos adversos sejam vistos como oportunidades de melhoria e aprendizado, e não como falhas individuais, liderança engajada, educação permanente e treinamentos, promoção da comunicação aberta, implementação de ferramentas e protocolos, monitoramento e avaliação constante dos eventos adversos e envolvimento dos pacientes, familiares e cuidadores no processo de cuidado, tornando-os a última barreira de segurança.

É necessário investir na melhoria da infraestrutura de saúde, na capacitação de profissionais da saúde, na implementação de regulamentações e na disseminação da consciência em relação à segurança do paciente, a fim de assegurar que todos, sem distinção de localização ou condição socioeconômica, recebam cuidados de saúde adequados e de qualidade. (WHO, 2021).

Contudo, o reconhecimento da segurança do paciente e a implementação de estratégias voltadas para este fim devem ser uma prioridade para todos os profissionais, sobretudo aqueles que ocupam posições de liderança no organograma da instituição, visando obter resultados positivos em decorrência dos processos de trabalho desenvolvidos na área de segurança. (Madalozzo *et al.*, 2021).

É importante ressaltar que a promoção de uma cultura de segurança do paciente não é um processo rápido ou fácil, mas sim uma jornada contínua que requer o comprometimento de toda a organização. No entanto, os benefícios de uma cultura de segurança forte são inegáveis, resultando em melhores resultados clínicos, maior satisfação do paciente e uma maior confiança da comunidade na instituição de saúde.

Uma revisão sistemática de literatura, com base em dados coletados na LILACS, IBECs, MEDLINE e BDNF, identificou uma amostra de 98 publicações sobre segurança no cuidado de enfermagem em relação às falhas que podem contribuir para

a ocorrência de eventos adversos. Foi constatado que 43,9% dos artigos foram produzidos nos Estados Unidos da América; 85,7% estavam na língua inglesa; e 70,4% dos artigos abordavam a temática sobre falhas envolvendo medicamentos. Conforme a conclusão, verificou-se que a autoria dos estudos foram predominantemente internacionais, indicando a importância de realizar pesquisas sobre o assunto para fornecer evidências para a implementação de melhorias para prevenir eventos adversos e contribuir para a segurança na assistência de Enfermagem no âmbito nacional. (Amaral *et al.*, 2018).

Frente a isto, fica evidenciada a necessidade do desenvolvimento de mais pesquisas nacionais sobre esta temática, uma vez que as particularidades regionais e de cada serviço de saúde, demandam estratégias diferentes para implementação dos Núcleos de Segurança do Paciente e fortalecimento da cultura de segurança nas instituições.

Em suma, esta dissertação destaca a importância crítica da cultura de segurança do paciente na promoção de cuidados seguros e de qualidade em hospitais. Ao implementar as ações sugeridas e manter um foco contínuo na segurança do paciente de forma multiprofissional e em todos os níveis hierárquicos, o hospital local de estudo pode aprimorar a cultura de segurança do paciente e conseqüentemente cada vez mais oferecer uma assistência livre de danos.

Considerando esses aspectos, o presente estudo tratou de estudar a cultura de segurança do paciente entre enfermeiros(as) de um hospital específico, tomando-se como referência o clima de segurança medido por instrumento padronizado.

### **3. OBJETIVO GERAL**

Comparar a cultura de segurança do paciente entre enfermeiros de áreas críticas e não críticas, e discutir aspectos que dificultam ou favorecem a segurança do paciente.

#### **3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

I. Mensurar o clima de segurança do paciente entre enfermeiros(as) de áreas críticas de atendimento e enfermeiros de áreas não críticas de atendimento em um ambiente hospitalar;

II. Descrever os escores mensurados no conjunto das áreas críticas e no conjunto das áreas não críticas, relativos aos domínios definidos pelo *Safety Attitudes Questionnaire* — SAQ, e comparar os achados de uma área com os da outra;

III. Descrever aspectos específicos do clima de segurança do paciente, abordados pelo questionário SAQ que poderão ser objeto de investimento pela melhoria do clima de segurança no hospital estudado;

IV. Discutir os achados com foco nos aspectos da cultura de segurança do paciente que dificultam ou favorecem o clima de segurança nas duas áreas hospitalares estudadas.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. DESENHO DA PESQUISA**

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal e observacional que comparou grupos independentes a partir de um inquérito. Esse tipo de delineamento opera a partir de dados tomados singularmente de cada pessoa em um momento temporal específico e não aplica nenhuma intervenção. Ou seja, levanta e trata os dados individualmente num determinado momento e os analisa sem intervir em nada (Hochman *et al.*, 2005; Cesário *et al.*, 2020; Rêgo & Feijó, 2021).

Em outras palavras, a investigação quantitativa levanta dados numéricos e descreve seus valores absolutos, proporcionais ou correlações, e seus resultados são frequentemente apresentados em formato de gráficos e tabelas. O estudo transversal diz respeito ao achado relativo a um intervalo definido no tempo e o caráter observacional determina uma posição passiva do pesquisador sobre a ocorrência e o objeto estudados, de modo a não influenciar em nada esses elementos. (Cesário *et al.*, 2020).

Para qualificar a redação da pesquisa, foi utilizado o checklist STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) na versão traduzida para o português (ANEXO IV). Este instrumento é composto por um conjunto de 22 diretrizes que visam melhorar a qualidade e a transparência dos relatos de estudos observacionais em epidemiologia. O principal objetivo do STROBE é garantir que os estudos observacionais sejam relatados de forma clara, completa e precisa, permitindo que os leitores avaliem criticamente a validade e a aplicabilidade dos resultados. (MALTA, M. *et al.* 2007).

## **4.2. LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi desenvolvido em um hospital filantrópico no interior do Estado de São Paulo. Trata-se de um hospital fundado há 133 anos, que atualmente é referência para atendimento de alta complexidade para cerca de 400 mil pessoas. Realiza aproximadamente 700 mil atendimentos por ano, com capacidade instalada de 389 leitos distribuídos entre unidades intensivas, clínicas, cirúrgicas, de pronto atendimento e maternidade. Destes, 235 leitos são destinados ao SUS. (BRASIL, 2022).

## **4.3. SUJEITOS DA PESQUISA**

Foram convidados a participar da pesquisa os(as) enfermeiros(as) atuantes nas áreas críticas (unidades de terapia intensiva adultos e pediátrica; hemodinâmica; pronto-socorro e centro cirúrgico) e não críticas (enfermarias clínica e cirúrgica e enfermaria pediátrica).

Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro(a) trabalhador da instituição, com tempo de atuação mínimo de seis meses. Esse período foi considerado para selecionar prioritariamente profissionais já acostumados com a rotina e cultura de segurança em sua unidade.

Em seguida, foram excluídos os profissionais de férias ou afastados do trabalho no período de coleta de dados, profissionais que não responderam questões obrigatórias no formulário de coleta de dados e aqueles cujas respostas mostravam incoerência diante de duas ou mais perguntas sobre assuntos correlatos.

Segundo dados disponibilizados pelo setor de Recursos Humanos do campo de estudo em outubro/2022, os 81 enfermeiros que atendiam os critérios de inclusão representam 67,5% do total de enfermeiros da instituição, sendo 54 (67%) atuantes em unidades críticas e 27 (33%) atuantes em unidades não críticas. A amostragem foi por conveniência e oportunidade, não probabilística, e teve em vista alcançar o máximo possível do universo de sujeitos elegíveis para participação no estudo.

## **4.4. ASPECTOS ÉTICOS**

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos. O protocolo CAAE na Plataforma Brasil (<https://plataformabrasil.saude.gov.br/>) tem o número 65890622.1.0000.5504 e o parecer consubstanciado do CEP que o aprovou é o de número 5.909.529 (Anexo 1).

Os participantes da pesquisa foram convidados de forma voluntária em dois momentos: presencialmente pelo pesquisador e virtualmente por divulgação em rede interna da instituição.

Todos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram orientados a respeito do sigilo e proteção de dados. Após a leitura atenta e preenchimento dos termos, os participantes receberam o instrumento para coleta de dados em formulário digital via link de acesso à plataforma *Google Forms*.

A utilização da versão brasileira do Questionário de Atitude de Segurança (SAQ) foi autorizada por e-mail por sua autora antes do início da coleta de dados (Anexo 3).

#### **4.5. LEVANTAMENTO DOS DADOS**

Durante o levantamento de dados, as principais dificuldades envolveram a adesão do público-alvo à pesquisa. Para mitigar essa dificuldade, foram utilizadas diferentes estratégias de chamamento, como contato presencial e novo convite; também foi solicitado apoio aos Coordenadores de Enfermagem de cada unidade para sensibilizar as pessoas pela colaboração.

Foram utilizados dois questionários para levantamento de dados, apresentados em formulários compostos por perguntas com alternativas de respostas intuitivas e autodirigidas. O primeiro questionário objetivou a caracterização sociodemográfica dos participantes por meio do levantamento das seguintes informações: idade, horário de trabalho, área de trabalho, tempo de formação, tempo de atuação na instituição, formação profissional, cargo e função.

O segundo questionário foi composto por perguntas advindas da adaptação para o Brasil do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), o qual é um instrumento para levantamento de informações sobre o clima de segurança do paciente entre profissionais de saúde mediante escala de Likert. Foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas em 2005. Em 2011, foi adaptado para o Brasil com consistência interna de 0,89 (Carvalho, Cassiani, 2012).

Além de ser um instrumento de fácil e rápido preenchimento, o SAQ é um dos mais utilizados para avaliação de cultura de segurança em diversos países (Carvalho *et al.*, 2017). É composto por duas partes: a primeira com 41 itens distribuídos em seis domínios e a segunda com dados sobre o perfil dos trabalhadores. (Carvalho, Cassiani, 2012).

A partir do SAQ, foi feita a agregação das perguntas e suas respectivas respostas segundo domínios, conforme sugerido por Carvalho e Cassiani (2012) e Magalhães *et al.* (2019), sendo possível dimensionar a cultura de segurança do paciente na visão do respondente por meio de seis domínios (Apêndice 3):

1. Clima de trabalho em equipe: considera a colaboração entre equipes (questões de 1 a 6);
2. Clima de segurança: avalia a compreensão dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional voltado para a segurança do paciente (questões de 7 a 14);
3. Satisfação no trabalho: avalia a visão positiva ou negativa sobre seu local de trabalho (questões de 15 a 19);
4. Percepção do estresse: avalia o reconhecimento da influência de fatores na execução do trabalho (questões 20 a 23);
5. Percepção sobre a gerência da Unidade hospitalar: dimensiona a aprovação do respondente aos ocupantes dos cargos de gestão perante as questões de segurança (questões 24 a 28);
6. Condições de trabalho: percepção da qualidade do ambiente de trabalho (29 a 36).

Como dito, o questionário SAQ utiliza a escala Likert como forma de medição. Essa escala foi criada na década de 1930 por Rensis Likert, psicólogo social e pesquisador educacional norte-americano. Ele desenvolveu essa escala de medida como uma ferramenta para avaliar comportamentos e opiniões em pesquisas sociais. A análise dos dados obtidos por escala de Likert é feita descritivamente por métodos gráficos quantitativos escalares de proporcionalidade das respostas e cálculos bioestatísticos de correlação. Dessa forma, permite descrever tendências e padrões de concordância ou divergência entre as respostas dadas a cada questão formulada (Likert, 1932).

A metodologia de medição pela escala de Likert se dá a partir de categorias gradativas de respostas entre dois extremos que vão do totalmente contestatório ao totalmente afirmativo, mutuamente excludentes, de modo a permitir uma única resposta para cada pergunta. Assim, as respostas a cada pergunta do questionário SAQ eram estruturadas no formato da seguinte escala de cinco pontos. (Likert, 1932; Carvalho, Cassiani, 2012; Magalhães *et al.*, 2019):

— 0 ponto: *discorda totalmente* (score 0);

- 1 ponto: *discorda parcialmente* (escore 25);
- 2 pontos: *neutro* (escore 50);
- 3 pontos: *concorda parcialmente* (escore 75);
- 4 pontos: *concorda totalmente* (escore 100);
- Não se aplica.

Os itens 2, 11 e 36 do questionário são reversos; ou seja, as respostas preenchidas, como “*discordo totalmente*” dizem respeito a aspectos afirmativos e não contestatórios. Portanto, estão em sentido contrário, sendo pontuadas inversamente às demais. Dessa forma, as respostas das questões de cada domínio são somadas e divididas pelo número de questões de cada domínio. O item “*não se aplica*” foi considerado um dado preenchido por apresentar significado para o instrumento, porém, não participou dos cálculos de média e escore da escala. (Carvalho, Cassiani, 2012).

Ambos os questionários foram aplicados mediante um único formulário eletrônico desenvolvido na plataforma *Google Forms*, e respondidos por computador ou celular, sem a presença do pesquisador, mediante a disponibilização de link de acesso ao formulário.

Após o final da coleta de dados, foi feito o *download* da planilha Excel contendo os resultados obtidos pelo formulário. Em seguida, fez-se a varredura e a limpeza do banco de dados para as devidas correções, ajustes e padronizações no preenchimento dos respectivos campos na planilha.

#### 4.6. TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados em planilhas no *Excel da Microsoft®* e analisados no aplicativo *Epi Info* versão 7.2.5.0 do *Centers for Disease Control and Prevention*, dos Estados Unidos ([https://www.cdc.gov/epiinfo/support/por/pt\\_downloads.html](https://www.cdc.gov/epiinfo/support/por/pt_downloads.html)) e nas calculadoras online *Statiscs Kngdom* (<https://www.statskingdom.com/>) e *Mann Whitney Test calculator* (<https://astatsa.com/WilcoxonTest/>).

Foi realizada a tabulação das variáveis quantitativas discretas (idade, tempo de formado e tempo de atuação na instituição) globalmente e por áreas (crítica e não crítica), segundo medidas de tendência, e calculadas estatisticamente as diferenças entre as tendências centrais (global, das áreas críticas e não críticas) pelo Teste de Mann-Whitney.

O teste de Mann-Whitney foi criado por Frank Wilcoxon em 1945 e, apesar de ser frequentemente associado a Mann e Whitney devido ao seu trabalho posterior de

popularização e extensão do teste, a técnica original foi criada por Wilcoxon e, por isso, é também conhecida como Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney. O teste compara duas amostras independentes e é amplamente utilizado em estatísticas não paramétricas, ou seja, quando a distribuição dos dados não atende aos critérios de simetria amostral nos formatos de uma curva de Gauss (Wilcoxon, 1947).

Para comparação da distribuição quartílica da idade, tempo de formação e tempo de atuação dos enfermeiros(as) das áreas Críticas e Não Críticas, foi realizado o Teste estatístico de Levene que é uma técnica usada para analisar a homogeneidade das variâncias entre grupos. Esse teste compara a variação dos valores em um grupo com essa mesma variação dentro de outro grupo e calcula a probabilidade de similaridade entre a variação dos valores em um e a variação dos valores dentro do outro, na tentativa de inferir sobre a homogeneidade da distribuição dos achados entre um grupo e outro (Levene, 1960).

Posteriormente, as citadas variáveis discretas foram organizadas em categorias e as variáveis categóricas foram tabuladas por área (crítica e não crítica) com respectivos cálculos estatísticos de correlação mediante tabelas de contingência 2 x 2, utilizando o teste do Qui-quadrado de Mantel-Haenszel ou de Fischer, conforme houvesse respectivamente cinco ou mais categorias em todas as variáveis correlacionadas ou menos de cinco em alguma delas. O valor  $p < 0,05$  foi adotado como nível de significância da diferença da distribuição dos achados para 95% do universo analisado.

O teste Qui-quadrado é uma técnica estatística utilizada para avaliar a independência entre duas variáveis categóricas. Foi desenvolvido por Karl Pearson no final do século XIX e é amplamente utilizado em estatística inferencial. A ideia fundamental por trás deste teste é comparar as frequências observadas em diferentes categorias com as frequências que seriam esperadas se ambas as variáveis fossem independentes. A estatística qui-quadrado é calculada como a soma das diferenças ao quadrado entre as frequências observadas e esperadas, normalizadas pelas frequências esperadas (Turhan, 2018).

Destaca-se que todas as análises acima tiveram como objetivo descrever a população estudada e verificar se havia alguma diferença sociodemográfica entre os trabalhadores das áreas críticas e das áreas não críticas que interferisse nos achados derivados do questionário SAQ sobre cultura de segurança do paciente.

Com os dados do questionário SAQ, foi feita a agregação das perguntas e suas respectivas respostas segundo domínios, conforme sugerido por Carvalho e Cassiani

(2012) e Magalhães *et al.*, (2019). A partir dessa estratégia, possibilitou-se dimensionar o clima de segurança na visão dos respondentes, representado pelos domínios considerados (Apêndice 3).

As pontuações dos domínios foram tabuladas globalmente e por áreas (crítica e não crítica) e foram comparadas estatisticamente pelo teste U de Mann-Whitney.

Posteriormente, foi calculada a média das pontuações do conjunto de questões dentro de cada domínio para cada respondente. Ex.: No primeiro domínio, havia seis perguntas. O primeiro respondente marcou respectivamente da pergunta 1 a 6: Discordo totalmente, Concordo parcialmente, Neutro, Concordo totalmente, Concordo totalmente, Discordo parcialmente. Essas respostas pontuaram:  $(0 + 75 + 50 + 100 + 100 + 75) / 6 = 66,66$  (média do primeiro respondente no primeiro domínio). Em seguida, calculou-se a média geral obtida por cada domínio. Essa média geral foi calculada sobre a média das pontuações relativas a cada respondente, no respectivo domínio.

Continuando na proposta de Carvalho e Cassiani (2012), as médias de cada domínio foram assumidas como sendo o escore final do questionário SAQ. Esses escores foram descritos globalmente e por área, considerando a variação escalar de 0 a 100. O valor 0 corresponde à pior percepção do clima de segurança e o valor 100 à melhor percepção. Foram considerados valores positivos, correspondentes a um clima favorável à segurança do paciente, quando o total do escore foi igual ou maior que 75.

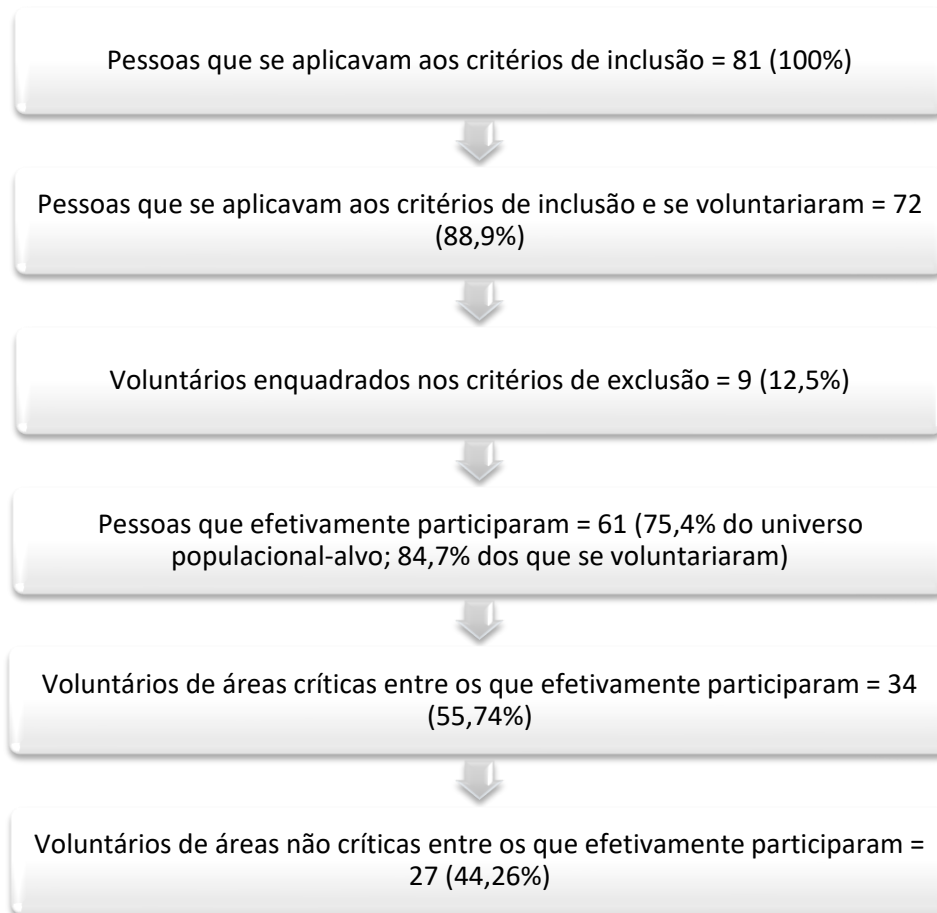
Assim, os achados quantitativos sobre o clima de segurança do paciente foram descritos globalmente sobre o total de respondentes, estratificadamente por enfermeiros de áreas críticas e não críticas, e comparativamente entre esses dois grupos.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1. OS PARTICIPANTES DO ESTUDO.**

Dos 81 enfermeiros que se aplicavam aos critérios de inclusão, 72 (88,9%) se voluntariaram a participar da pesquisa. Destes, nove (12,5%) foram excluídos: oito por deixarem as respostas obrigatórias em branco e um por indicar respostas incoerentes à pergunta. Assim, participaram efetivamente 61 (75,4% do universo populacional-alvo; 84,7% dos que se voluntariaram). Destes, 34 (55,7%) eram atuantes em áreas críticas e 27 (44,7%) em áreas não críticas (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma do quantitativo da população-alvo e sua parcela participante do estudo.



Fonte: elaborado pelo autor (2024).

Em relação às questões sociodemográficas, houve um defeito na formatação do questionário que só foi vista no momento da análise: ao configurar o formulário eletrônico, não foi definida a obrigatoriedade de responder às questões, permitindo ao participante avançar ao longo do questionário mesmo deixando alguma questão em branco. Entretanto, isso não prejudicou os objetivos do estudo e foi possível uma descrição amostral com alcance mínimo de 88,52% e alcance total na maioria das questões (Tabela 1).

Tabela 1- Percentual de respostas informadas no formulário sociodemográfico.

Variável	Quantitativo informado	% de dados informados
Idade.	61	100%
Horário de trabalho.	54	88,52%
Área de atuação (crítica ou não crítica)	61	100%
Tempo de formado.	57	93,44%
Tempo de atuação na instituição.	58	95%
Formação Profissional (graduação e pós-graduação)	61	100%
Função (assistencial ou administrativa)	61	100%

N total de participantes efetivos da pesquisa = 61 (100%).

Fonte: elaborado pelo autor (2024).

Os profissionais das áreas críticas são um pouco mais jovens, têm menos tempo de formação e trabalham há menos tempo no local de estudo, em comparação aos profissionais das áreas não críticas, porém a diferença não foi estatisticamente significativa. Ou seja, as populações estudadas foram homogêneas do ponto de vista do padrão de distribuição da idade, tempo de formação e tempo de atuação na instituição (Tabela 2).

Tabela 2 - Medidas de tendência da idade, tempo de formação e tempo de atuação na instituição dos enfermeiros das áreas críticas e não críticas.

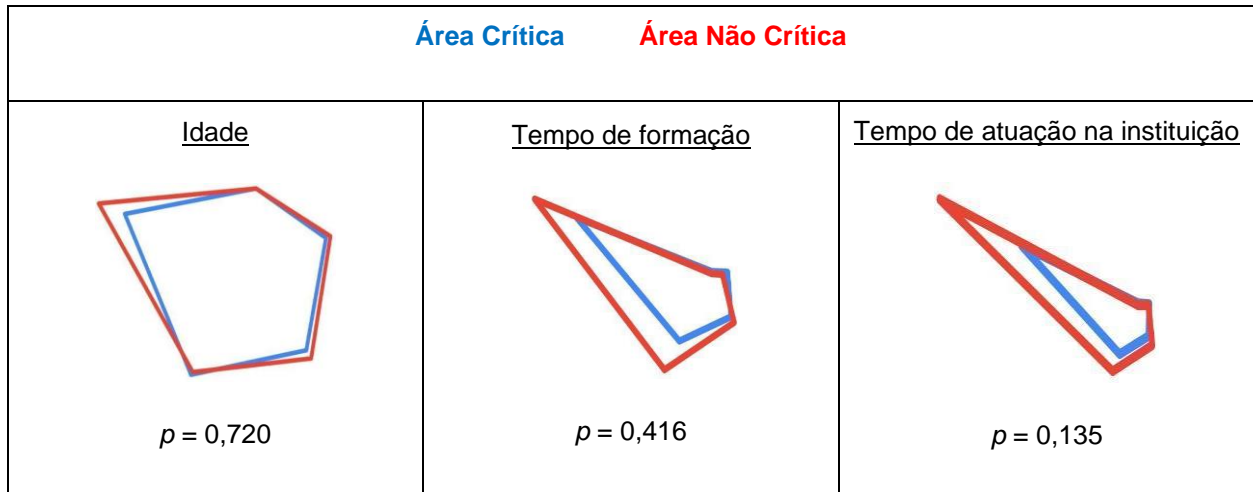
Área hospitalar	Idade			Meses de formado			Meses de atuação na instituição		
	Crítica	Não crítica	Global	Crítica	Não crítica.	Global	Crítica	Não crítica	Global
<i>Medida de tendência</i>									
<i>Média</i>	33	34	33	90	102	95	50	64	58
<i>Mediana</i>	30	33	32	66	60	72	36	41	36
<i>Variância</i>	62	83	68	6675	9373	7531	2367	8251	4883
<i>Mínimo</i>	23	23	23	12	9	9	8	6	6
<i>Máximo</i>	50	60	60	312	408	408	240	408	408
<i>Amplitude</i>	27	37	37	300	399	399	232	402	402
<i>Coefficiente de variação</i>	0,24	0,27	1,47	0,91	0,95	0,91	0,97	1,42	1,2
<b>Teste de Mann-Whitney</b>	<b>p = 0,735</b>			<b>p = 0,867</b>			<b>p = 0,983</b>		

Fonte: elaborado pelo autor (2024).

A homogeneidade entre os enfermeiros de áreas críticas e não críticas quanto ao perfil sociodemográfico descrito na Tabela 2 foi vista também no modelo de distribuição

quartílica descrita na Figura 2, onde o formato gráfico da distribuição de cada variável é coincidente entre as áreas, com a diferença residindo na faixa dos valores, menor para os profissionais da área crítica, mas sem significância estatística.

Figura 2 - Gráficos de Radar comparativos da distribuição quartílica da idade, tempo de formação e tempo de atuação dos enfermeiros das áreas Críticas e Não Críticas.



Teste estatístico de Levene

Fonte: elaborado pelo autor (2024).

Esse achado sugere que potenciais diferenças na percepção sobre o clima de segurança entre entrevistados na área crítica e na área não crítica do hospital não deverão estar relacionadas a características sociodemográficas das pessoas em cada área. Em outras palavras, assume-se que os(as) enfermeiros(as) das áreas críticas e não críticas estão pareados pelos critérios sociodemográficos estudados.

Detalhando sobre o perfil sociodemográfico dos respondentes, a maioria tinha menos de 33 anos (59%), trabalhava em horário diurno (55,7%) na área assistencial (83,6%), não tinha pós-graduação (80%), possuía tempo de formação maior que cinco anos (57,4%) e atuava na instituição há menos de cinco anos (60,6%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Perfil sociodemográfico dos participantes, segundo suas áreas de atuação.

Variável	Categoria	Local de trabalho				Total na categoria	% sobre o total de participantes	Valor <i>p</i> da correlação entre a categoria e a área crítica vs. não crítica <sup>1</sup>
		Área crítica		Área não crítica				
		n	%	n	%			
<b>Faixa etária em anos</b>	23 a 32	21	61,8	15	55,5	36	59	0,627
	33 a 60	13	38,2	12	44,5	25	41	
<b>Horário de trabalho</b>	Diurno	20	58,8	14	51,8	34	55,7	0,763
	Noturno	9	26,5	6	22,2	15	24,6	
	Ambos	4	11,8	1	3,7	5	8,2	
	Ignorado	1	2,9	6	22,2	7	11,5	
<b>Formação profissional</b>	Graduação	28	82,3	21	77,8	49	80,3	0,658
	Pós-Graduação	6	17,7	6	22,2	12	19,7	
<b>Função</b>	Assistencial	30	88,2	21	77,8	51	83,6	0,315
	Administrativo	4	11,8	6	22,2	10	16,4	
<b>Tempo de formação</b>	6 m. a 04 anos	15	44,1	11	40,7	26	42,6	0,883
	5 a 14 anos	11	32,3	10	37	21	34,4	
	15 a 34 anos	5	14,7	5	18,5	10	16,4	
	Ignorado	3	8,8	1	3,7	4	6,5	
<b>Tempo de atuação na instituição</b>	6 m. a 04 anos	20	58,8	17	63	37	60,6	0,846
	5 a 14 anos	9	26,5	7	25,9	16	26,2	
	15 a 34 anos	2	5,9	3	11,1	5	8,2	
	Ignorado	3	8,8	0	0	3	4,9	

<sup>1</sup> Teste do Qui-quadrado de Mantel-Haenszel ou exato de Fisher conforme ausência ou presença de menos de cinco ocorrências, respectivamente.

Fonte: elaborado pelo autor (2024).

Destaca-se que a população estudada na área crítica e não crítica também foi estatisticamente homogênea quanto à formação profissional, função e turno de trabalho.

A respeito de diferenças sociodemográficas entre enfermeiros(as) de áreas hospitalares críticas e não críticas, a literatura não aponta diferenças etárias ou relacionadas à formação, ou ao tempo de serviço. Advoga-se que o que influencia esses aspectos são a disponibilidade de vagas de emprego, as preferências individuais e as necessidades específicas de cada unidade hospitalar.

Em reforço à ideia de que aspectos sociodemográficos dos profissionais podem não ser os determinantes do clima de segurança, a própria literatura é contraditória: um estudo que comparou o tempo de atuação dos profissionais com a percepção do clima de segurança em um Hospital de Ensino em Ribeirão Preto–SP, verificou que os

profissionais que atuavam há 21 anos ou mais apresentaram melhor percepção quanto ao clima de segurança do paciente, considerando todos os domínios. No entanto, contrariando este resultado, outro estudo identificou que profissionais com menos de seis meses de atuação apresentaram melhor percepção do clima de segurança do que os profissionais com mais tempo de atuação (Rigobello *et.al.*, 2012).

No que diz respeito ao perfil dos profissionais encontrados aqui, não é muito diferente do que foi verificado em outros estudos: Magalhães *et al.* (2021) relataram que a idade dos profissionais de enfermagem variou de 31 a 40 anos, com média de 35 anos em pesquisa semelhante. A média de tempo de profissão desses profissionais era de seis anos. Abreu *et al.* (2019), que também estudaram a cultura de segurança do paciente, encontraram média de idade de 38 anos entre profissionais de área crítica com tempo de atuação majoritariamente abaixo de seis anos.

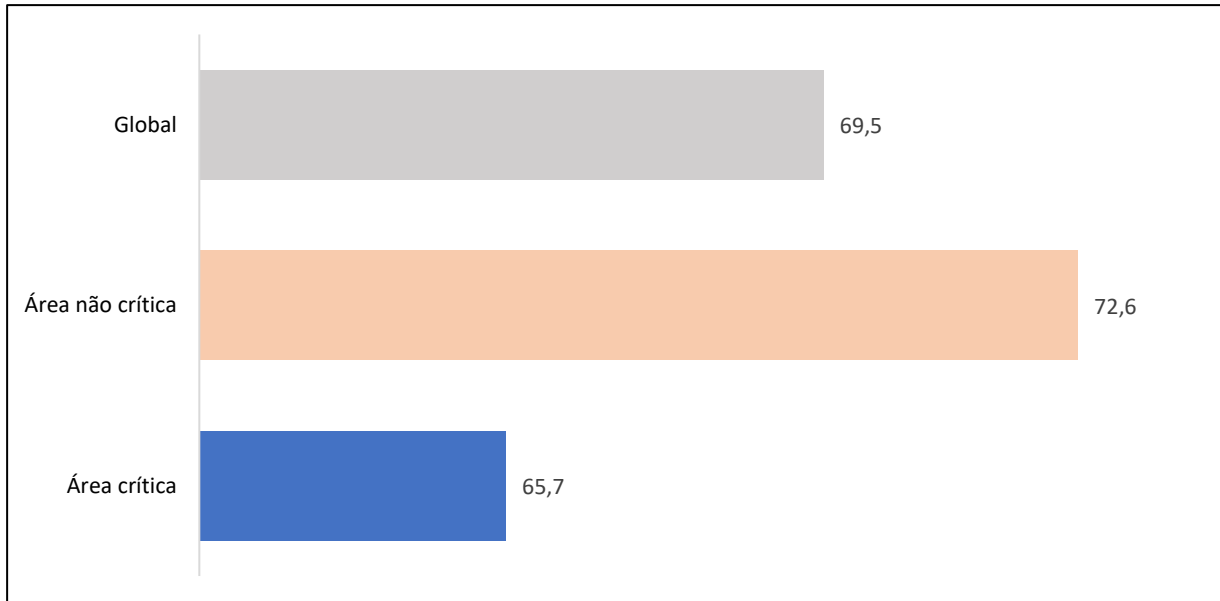
## **5.2. A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

A média do escore global do SAQ foi de 69,5; ou seja, o clima de segurança que repercute a percepção de cultura de segurança do paciente foi abaixo da desejada no conjunto de todos os respondentes (classificada como negativa, insatisfatória ou insuficiente; aquém do que indicaria um clima favorável à segurança do paciente). Como já dito, para ser considerado um clima favorável, positivo, esse escore (pontuação) precisa ser maior ou igual a 75.

Esse achado não é prerrogativa do hospital aqui estudado. Carvalho *et al.* (2021) encontraram um clima de segurança desfavorável à cultura de segurança do paciente em 11 hospitais públicos no Brasil, em que os escores globais variaram de 61,5 a 68,6.

No presente estudo, a área não crítica obteve pontuação global de 72,6, contra 65,7 na área crítica; diferença esta não significativa do ponto de vista estatístico ( $p = 0,309$ ). Vale salientar que, em ambas as áreas, a média do escore total do SAQ foi inferior a 75, resultando em um clima de segurança desfavorável (Figura 3).

Figura 3 - Comparativo do escore global e específico por áreas (crítica e não crítica).



Fonte: elaborado pelo autor (2024).

Embora a hipótese da pesquisa fosse de que a cultura de segurança do paciente teria melhor pontuação nas áreas críticas, o resultado aqui contrariou essa expectativa, assim como foi visto também no estudo de Rigobello *et al.*, (2012). A crença do pesquisador era de que nas áreas críticas, onde os processos de trabalho são mais bem estabelecidos e gerenciados, por serem setores fechados e por terem menor rotatividade de pacientes e de profissionais, a cultura de segurança do paciente estaria favorável. Por limitações metodológicas, este estudo não tem como explicar esse achado, e pode somente o descrever.

Ao estratificar a descrição segundo os seis domínios estudados, os únicos que apresentaram um escore global favorável foram Clima de Trabalho em Equipe (77,6) e Satisfação no Trabalho (82). Os domínios com os piores resultados foram a Percepção do Estresse (59,7) e a Percepção da Gerência (61,4).

Ao mesmo tempo, a diferença de pontuação em cada domínio também não foi estatisticamente significativa entre as áreas crítica e não crítica. Vale destacar que esse achado poderia ser diferente se houvesse uma casuística maior.

Não obstante, destaca-se que em todos os domínios a área não crítica obteve melhor pontuação (Tabela 4).

Tabela 4 - Média do escore por domínio global e específico das áreas críticas e não críticas.

Domínio	Médias do escore			correlação estatística (p) <sup>1</sup>	Intervalo de confiança para 95% das respostas
	área crítica	área não crítica	global		
<b>Clima de trabalho em equipe</b>	72,5	78,5	77,6	0,936	-11,4 a 12,8
<b>Clima de segurança</b>	70,4	76,8	73,3	0,156	-18,5 a 4,4
<b>Satisfação no trabalho</b>	75,5	85,7	82	0,286	-33,3 a 10,1
<b>Percepção de estresse</b>	52,6	68,7	59,7	0,343	-7,1 a 41,8
<b>Percepção da gerência</b>	61,8	60,9	61,4	1	-14,7 a 18,4
<b>Condições de trabalho</b>	61,7	65	63,2	0,563	-18,6 a 18,5
Média total	65,7	72,6	69,5	0,309	-16,8 a 6,8

<sup>1</sup> Teste U de Mann-Whitney  
 Fonte: elaborado pelo autor (2024).

À semelhança do que foi encontrado nesta pesquisa, um estudo que avaliou a cultura de segurança entre 203 profissionais de enfermagem atuantes em clínicas médicas e cirúrgicas de um Hospital de Ensino localizado na cidade de Ribeirão Preto–SP, em 2010, também identificou que o domínio Satisfação no Trabalho foi o que apresentou escore global acima de 75 (Rigobello *et al.*, 2012). Em outro estudo, sueco, esse mesmo domínio também foi o único com pontuação favorável a uma boa cultura e segurança do paciente (Göras *et al.*, 2017).

Além dos já referidos, é possível citar mais estudos com resultados que se aproximam dos encontrados nesta pesquisa: Carvalho *et al.*, (2021), ao comparar a cultura de segurança entre 11 hospitais públicos no Brasil, encontrou que os domínios com resultados favoráveis foram somente: *Satisfação no Trabalho*, com média acima de 75 em todos os hospitais, *Clima de Trabalho em Equipe*, que foi positivo em sete hospitais, e *Percepção do Estresse*, positivo em 6 hospitais. Os domínios com os piores resultados foram *Condições de trabalho* e *Percepção da Gerência*. Os mesmos autores já haviam observado, em estudo anterior feito em três hospitais brasileiros, clima de segurança do paciente desfavorável e em todos os domínios, embora a Satisfação no trabalho tenha se destacado com melhor pontuação, ainda que também aquém do desejado (Carvalho *et al.*, 2017).

Como já referido acima, esse problema não é uma prerrogativa brasileira: a cultura de segurança do paciente em dez unidades de terapia intensiva australianas encontrou pontuação abaixo de 75 em mais da metade dessas unidades (Chaboyer *et. al.*, 2013).

Por outro lado, ao categorizar as respostas em padrão favorável ou não favorável à cultura de segurança do paciente segundo o ponto de corte de 75 pontos ou mais para favorável e o contrário para não favorável, encontrou-se que 70% de todas as respostas mostraram uma percepção favorável à cultura de segurança do paciente. Ao tomar cada domínio em separado, a proporção de respostas com percepção favorável à cultura de segurança do paciente também foi maior, com destaque para *Satisfação no trabalho* e *Clima de trabalho em equipe*. Por outro lado, os domínios com menor participação dentre as respostas com percepção favorável à cultura de segurança do paciente foram a *Percepção do estresse* e *Percepção da gerência*. O que teve maior participação dentre as respostas com percepção não favorável à cultura de segurança do paciente foi: *Condições de Trabalho*. (Tabela 5 e Figura 4).

Tabela 5 - Quantitativo global de respostas com percepção favorável e não favorável à cultura de segurança do paciente dentro de cada domínio.

DOMÍNIO	FAVORÁVEL			NÃO FAVORÁVEL			TOTAL	Correlação estatística Favorável vs. Não favorável <sup>1</sup>
	n	% sobre o total de respostas no domínio	% sobre o total de favoráveis	n	% sobre o total de respostas no domínio	% sobre o total de não favoráveis		
Clima de trabalho em equipe	332	83	20	68	17	9,5	400	OR = 2,36; IC = 1,80-3,14
Clima de segurança do paciente	392	73,4	23,6	142	26,6	19,9	534	OR = 1,24; IC = 1,00-1,54
Satisfação com o trabalho	290	86,6	17,4	45	13,4	6,3	335	OR = 3,13; IC = 2,27-4,39
Percepção do estresse	131	54,4	7,9	110	45,6	15,4	241	OR = 0,47; IC = 0,36-0,61
Percepção da gerência	182	55	10,9	149	45	20,9	331	OR = 0,46; IC = 0,37-0,59
Condições de trabalho	336	62,8	20,2	199	37,2	27,9	535	OR = 0,65; IC = 0,53-0,80
Global	1663	70	20	713	30	9,5	2376	Não se aplica

<sup>1</sup> Teste do Qui-quadrado de Mantel-Haenszel

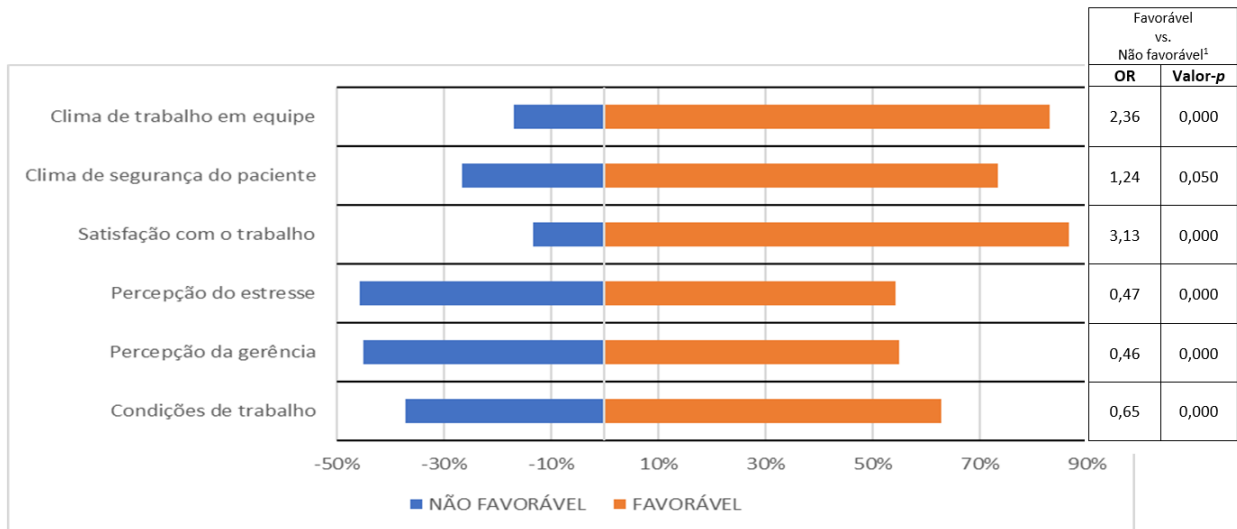
n = quantidade

OR = Razão da chance de ocorrer resposta favorável à percepção de cultura de segurança do paciente em relação à chance de ocorrer resposta não favorável dentro do domínio.

IC = Intervalo de confiança para 95% do total de respostas.

p = probabilidade de igualdade entre as proporções de ocorrência de resposta indicadora de favorabilidade ou não à percepção de cultura de segurança do paciente dentro do domínio.

Figura 4 - Quantitativo global de respostas com percepção favorável e não favorável à cultura de segurança do paciente dentro de cada domínio.



Teste do Qui-quadrado de Mantel-Haenszel

OR = Razão da chance de ocorrer resposta favorável à percepção de cultura de segurança do paciente em relação à chance de ocorrer resposta não favorável dentro do domínio.

p = probabilidade de igualdade entre as proporções de ocorrência de resposta indicadora de favorabilidade ou não à percepção de cultura de segurança do paciente dentro do domínio.

Na área *Não Crítica*, 73% das respostas indicaram percepção favorável à cultura de segurança do paciente, especialmente nos domínios *Satisfação com o trabalho* e *Clima de trabalho em equipe*, seguido pelo domínio *Clima de segurança do paciente*. Os dois primeiros foram estatisticamente significantes por uma percepção favorável à cultura de segurança do paciente. As respostas aos domínios *Percepção do estresse* e *Percepção da gerência* apontaram estatisticamente em sentido contrário à cultura de segurança do paciente. *Clima de segurança do paciente* e *Condições de Trabalho* foram indiferentes (Tabela 6 e Figura 5).

Tabela 6 - Quantitativo de respostas com percepção favorável e não favorável à cultura de segurança do paciente dentro de cada domínio — Área Não Crítica.

DOMÍNIO	FAVORÁVEL			NÃO FAVORÁVEL			TOTAL	Correlação estatística Favorável vs. Não favorável <sup>1</sup>
	n	% sobre o total de respostas no domínio	% sobre o total de favoráveis	n	% sobre o total de respostas no domínio	% sobre o total de não favoráveis		
Clima de trabalho em equipe	141	84,4	19,4	26	15,6	9,6	167	OR = 2,26; IC = 1,47-3,59 p = 0,000
Clima de segurança do paciente	172	76,8	23,7	52	23,2	19,3	224	OR = 1,30; IC = 0,92-1,86; p = 0,134
Satisfação com o trabalho	121	86,4	16,7	19	13,6	7	140	OR = 2,64; IC = 1,62-4,49; p = 0,000
Percepção do estresse	58	50	8	58	50	21,5	116	OR = 0,32; IC = 0,21-0,47; p = 0,000
Percepção da gerência	81	58,3	11,2	58	41,7	21,5	139	OR = 0,46; IC = 0,32-0,67; p = 0,000
Condições de trabalho	152	68,2	21	71	31,8	26,3	223	OR = 0,74; IC = 0,54-1,03; p = 0,073
Global	725	72,9	-	270	27,1	-	995	Não se aplica

<sup>1</sup> Teste do Qui-quadrado de Mantel-Haenszel

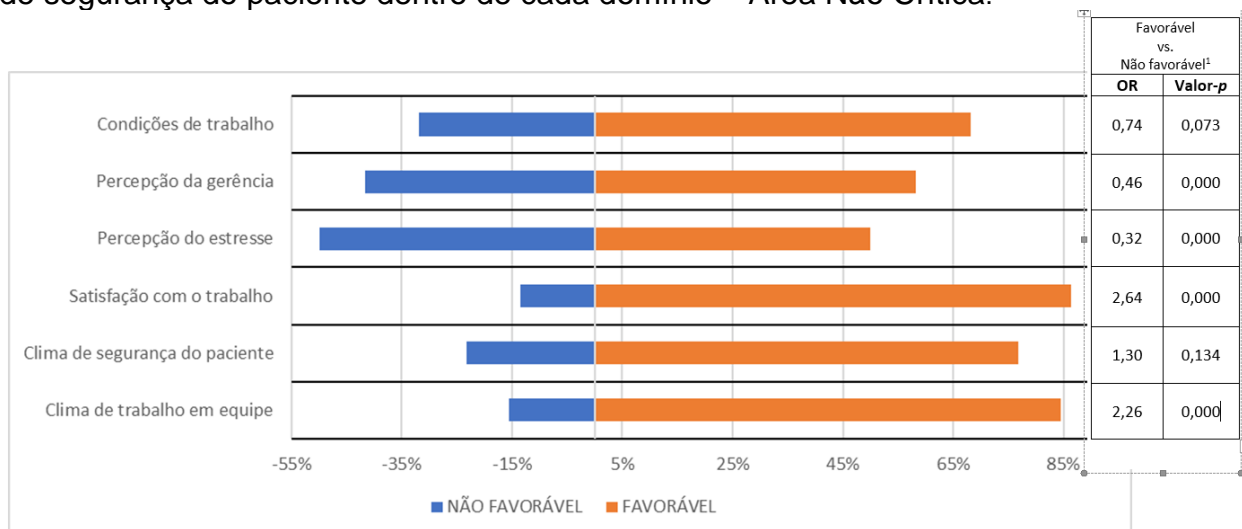
n = quantidade

OR = Razão da chance de ocorrer resposta favorável à percepção de cultura de segurança do paciente em relação à chance de ocorrer resposta não favorável dentro do domínio.

IC = Intervalo de confiança para 95% do total de respostas.

p = probabilidade de igualdade entre as proporções de ocorrência de resposta indicadora de favorabilidade ou não à percepção de cultura de segurança do paciente dentro do domínio.

Figura 5 - Quantitativo de respostas com percepção favorável e não favorável à cultura de segurança do paciente dentro de cada domínio – Área Não Crítica.



Teste do Qui-quadrado de Mantel-Haenszel

OR = Razão da chance de ocorrer resposta favorável à percepção de cultura de segurança do paciente em relação à chance de ocorrer resposta não favorável dentro do domínio.

p = probabilidade de igualdade entre as proporções de ocorrência de resposta indicadora de favorabilidade ou não à percepção de cultura de segurança do paciente dentro do domínio.

Na área crítica, 67% das respostas indicaram percepção favorável à cultura de segurança do paciente, especialmente nos domínios *Satisfação com o Trabalho* e *Clima de Trabalho em Equipe*, seguido pelo domínio *Clima de Segurança do paciente*. Os dois primeiros foram estatisticamente significantes por uma percepção favorável à cultura de segurança do paciente. As respostas aos domínios *Percepção do estresse*, *Percepção da gerência* e *Condições de trabalho* apontaram estatisticamente em sentido contrário à cultura de segurança do paciente. *Clima de segurança do paciente* foi indiferente. (Tabela 7 e Figura 6).

Tabela 7 - Quantitativo de respostas com percepção favorável e não favorável à cultura de segurança do paciente dentro de cada domínio — Área Crítica.

DOMÍNIO	FAVORÁVEL			NÃO FAVORÁVEL			TOTAL	Correlação estatística Favorável vs. Não favorável <sup>1</sup>
	n	% sobre o total de respostas no domínio	% sobre o total de favoráveis	n	% sobre o total de respostas no domínio	% sobre o total de não favoráveis		
Clima de trabalho em equipe	180	81,1	20,5	42	18,9	9,7	222	OR = 2,39; IC = 1,68-3,45; p = 0,000
Clima de segurança do paciente	205	69,7	23,3	89	30,3	20,6	294	OR = 1,17; IC = 0,89-1,56; p = 0,263
Satisfação com o trabalho	160	86,5	18,2	25	13,5	5,8	185	OR = 3,62; IC = 2,37-5,72; p = 0,000
Percepção do estresse	72	53,7	8,2	62	46,3	14,3	134	OR = 0,53; IC = 0,37-0,77; p = 0,000
Percepção da gerência	93	51,1	10,6	89	48,9	20,6	182	OR = 0,46; IC = 0,33-0,63; p = 0,000
Condições de trabalho	170	57,4	19,3	126	42,6	29,1	296	OR = 0,58; IC = 0,45-0,76; p = 0,000
Global	880	67	-	433	33	-	1313	Não se aplica

<sup>1</sup> Teste do Qui-quadrado de Mantel-Haenszel

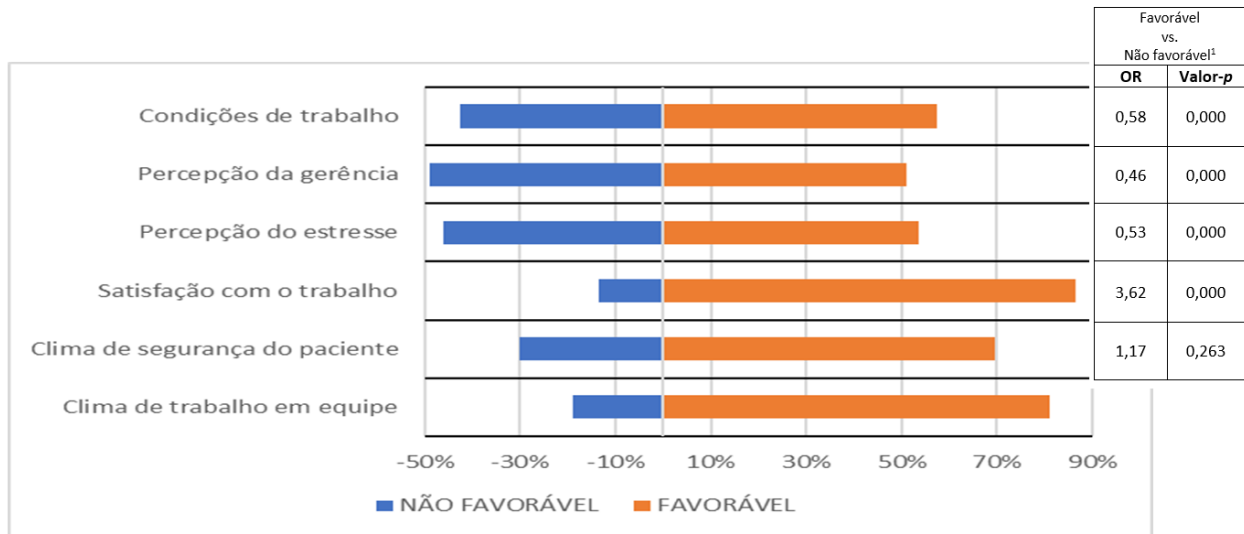
n = quantidade

OR = Razão da chance de ocorrer resposta favorável à percepção de cultura de segurança do paciente em relação à chance de ocorrer resposta não favorável dentro do domínio.

IC = Intervalo de confiança para 95% do total de respostas.

p = probabilidade de igualdade entre as proporções de ocorrência de resposta indicadora de favorabilidade ou não à percepção de cultura de segurança do paciente dentro do domínio.

Figura 6 - Quantitativo de respostas com percepção favorável e não favorável à cultura de segurança do paciente dentro de cada domínio — Área Crítica.



Teste do Qui-quadrado de Mantel-Haenszel

OR = Razão da chance de ocorrer resposta favorável à percepção de cultura de segurança do paciente em relação à chance de ocorrer resposta não favorável dentro do domínio.

$p$  = probabilidade de igualdade entre as proporções de ocorrência de resposta indicadora de favorabilidade ou não à percepção de cultura de segurança do paciente dentro do domínio.

Do mesmo modo que nas Áreas não críticas, o *Clima de trabalho em equipe* e a *Satisfação com o trabalho* tiveram pontuação favorável à da cultura de segurança do paciente nas Áreas Críticas enquanto a *Percepção do estresse*, *Percepção da Gerência* e as *Condições de trabalho* tiveram pontuação desfavorável.

Por outro lado, a correlação estatística das respostas entres as áreas Crítica e não Crítica, mostrou que nos domínios *Clima de trabalho em equipe*, *Clima de Segurança do Paciente* e *Satisfação com o Trabalho*, a proporção de respostas indicadoras de percepção favorável à cultura de segurança do paciente foi aleatoriamente maior nas áreas não críticas. O inverso aconteceu nos domínios *Percepção do estresse* e *Percepção da gerência*, também de modo aleatório.

O domínio *Condições de trabalho* também teve maior proporção de respostas indicadoras de percepção favorável à cultura de segurança do paciente, porém, não de maneira aleatória ( $p = 0,013$ ). No cômputo global, envolvendo todos os domínios juntos, as áreas críticas tiveram menor percepção favorável à cultura de segurança do paciente ( $p = 0,002$ ). Esses achados permitem supor que a condição de trabalho nas áreas críticas talvez seja um fator que dificulta a observância à segurança do paciente (Quadro 1).

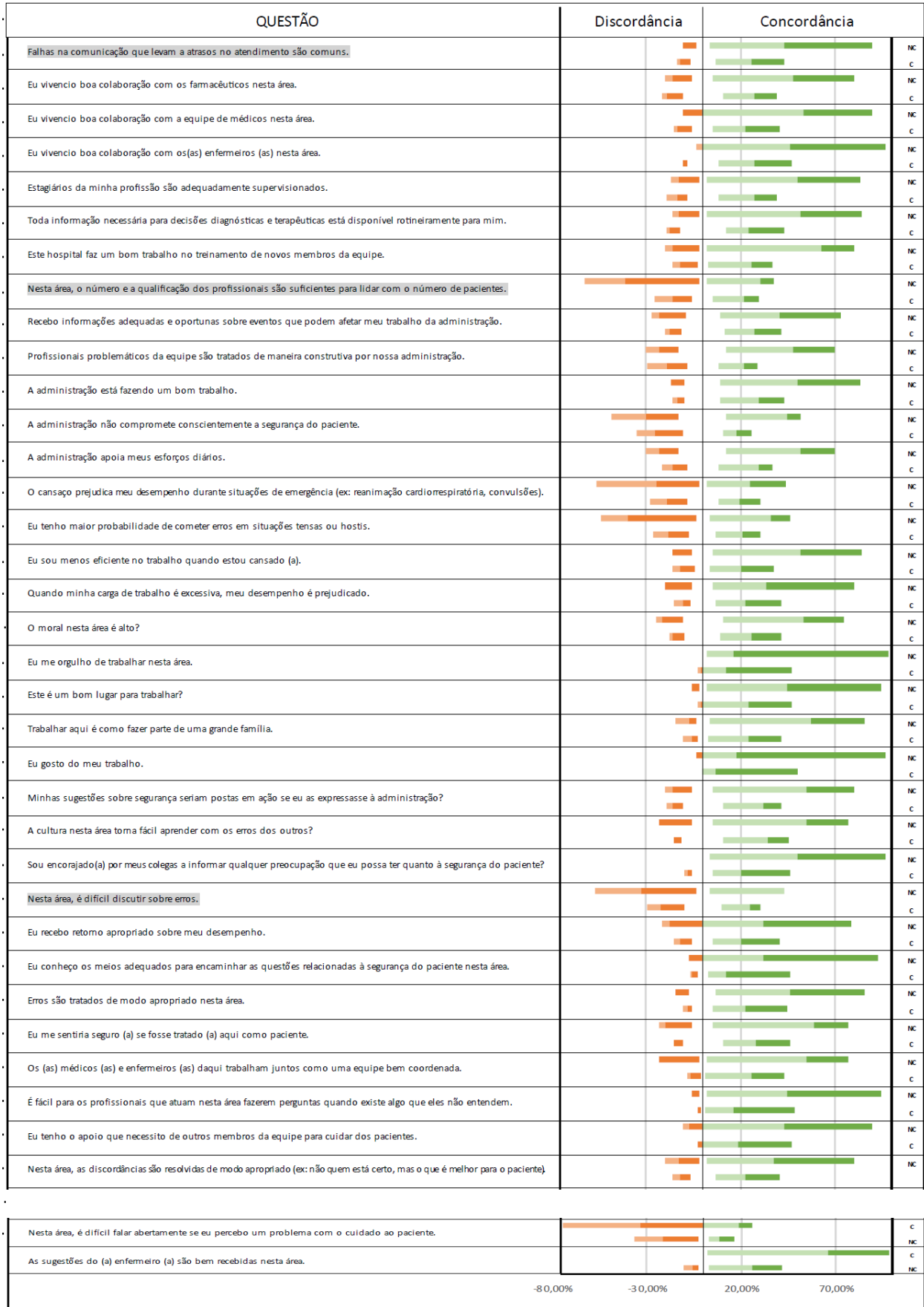
Quadro 1 - Comparativo de respostas por domínio com percepção favorável e não favorável à cultura de segurança do paciente das áreas críticas x áreas não críticas

Unidade	DOMÍNIO											
	Clima de trabalho em equipe				Clima de segurança do paciente				Satisfação com o trabalho			
	Favorável		Não Favorável		Favorável		Não Favorável		Favorável		Não Favorável	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Crítica</b>	180	81	42	19	205	70	89	30	160	83	25	17
<b>Não Crítica</b>	141	84	26	16	172	77	52	23	121	86	19	14
	OR = 0,80 IC = 0,46-1,36 $p = 0,404$				OR = 0,70 IC = 0,47-1,03 $p = 0,074$				OR = 1,00 IC = 0,52-1,91 $p = 0,988$			
Unidade	DOMÍNIO											
	Percepção do estresse				Percepção da gerência				Condições de trabalho			
	Favorável		Não Favorável		Favorável		Não Favorável		Favorável		Não Favorável	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Crítica</b>	72	54	62	46	93	51	89	49	170	57	126	43
<b>Não Crítica</b>	58	50	58	50	81	58	58	42	152	68	71	32
	OR = 1,16 IC = 0,70-1,91 $p = 0,557$				OR = 0,75 IC = 0,48-1,17 $p = 0,202$				OR = 0,63 IC = 0,44-0,91 $p = 0,013$			
Unidade	TODOS OS DOMÍNIOS JUNTOS											
	Favorável		Não Favorável		Favorável		Não Favorável		Favorável		Não Favorável	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Crítica</b>	880	55	433	62								
<b>Não Crítica</b>	725	45	270	38								
	OR = 0,76 IC = 0,6-0,91 $p = 0,002$											

<sup>1</sup> Teste do Qui-quadrado de Mantel-Haenszel  
n = quantidade  
OR = Razão da chance de ocorrer resposta favorável à percepção de cultura de segurança do paciente na Unidade Crítica  
IC = Intervalo de confiança para 95% das respostas.  
p = probabilidade de igualdade entre as proporções de ocorrência de resposta indicadora de favorabilidade ou não à percepção de cultura de segurança do paciente, aleatoriamente entre as unidades Crítica e Não Crítica.

Uma oportunidade interessante foi descrever comparativamente a proporção de concordância ou discordância dos respondentes a cada questão individual do questionário SAQ entre as áreas críticas e não críticas, independentemente de qual domínio pertencia à questão. Essa descrição oportunizou a identificação dos pontos específicos de fragilidade do clima de segurança do paciente, sobre os quais o hospital onde esta pesquisa foi feita poderá investir visando melhorar o clima e a cultura de segurança do paciente na instituição (Figura 7)

Figura 7 - Gráfico de Likert comparativo de cada resposta ao questionário, entre a área crítica (C) e a não crítica (NC).



Assim, é possível observar que, se forem trabalhadas as falhas na comunicação que levam a atraso no atendimento e aumentada a proporção de profissionais por pacientes, e qualificação, por exemplo, poderá repercutir pela melhoria do clima de segurança do paciente no hospital. Achado semelhante pode ser visto em relação à questão “Nesta área, é difícil discutir sobre erros”, pertencente ao domínio Clima de Segurança, houve maior concordância entre enfermeiros das áreas críticas (41,7%) enquanto a maioria dos enfermeiros das áreas não críticas foi discordante (53,6%), sugerindo a necessidade de estratégias que melhorem a sociabilidade compreensiva em ambas as áreas, porém, mais intensamente nas áreas críticas.

Ao fazer essa leitura sobre cada questão individual do questionário SAQ, possibilita-se detalhar cada aspecto específico da cultura de segurança do paciente segundo suas fragilidades e potencialidades. Como dito, esse exercício é provavelmente de grande interesse aplicado da gestão (Tabela 8).

Tabela 8 - Dados da escala Likert obtidos através do questionário SAQ entre áreas críticas e não críticas

QUESTÃO	% das respostas área não crítica					% das respostas área crítica				
	DT	DP	N	CP	CT	DT	DP	N	CP	CT
A administração apoia meus esforços diários.	7,1	10,7	25	39,3	17,9	10,8	16,2	16,2	43,2	13,5
A administração está fazendo um bom trabalho.	0	7,4	18,5	40,7	33,3	5,4	8,1	18,9	40,5	27
A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente.	17,9	17,9	25	32,1	7,1	18,9	29,7	21,6	13,5	16,2
A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros?	0	17,9	10,7	50	21,4	0	8,3	22,2	47,2	22,2
As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área.	0	0	3,6	64,3	32,1	10,8	5,4	5,4	45,9	32,4
É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.	0	3,6	3,6	42,9	50	0	2,7	2,7	29,7	64,9
Erros são tratados de modo apropriado nesta área.	0	7,1	14,3	39,3	39,3	5,4	5,4	10,8	35,1	43,2
Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	3,7	11,1	3,7	48,1	33,3	10,8	10,8	16,2	37,8	24,3
Este é um bom lugar para trabalhar?	0	3,6	3,6	42,9	50	2,7	2,7	0	48,6	45,9
Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.	3,6	14,3	3,6	60,7	17,9	8,1	18,9	5,4	45,9	21,6
Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.	0	7,1	0	32,1	60,7	2,7	5,4	5,4	18,9	67,6
Eu gosto do meu trabalho.	0	3,6	0	17,9	78,6	0	0	0	13,5	86,5
Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	0	0	3,6	14,3	82,1	2,7	2,7	0	24,3	70,3
Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	3,6	14,3	10,7	53,6	17,9	0	8,1	21,6	35,1	35,1
Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	3,6	17,9	0	32,1	46,4	5,4	13,5	10,8	29,7	40,5
Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a).	0	10,7	10,7	46,4	32,1	8,1	16,2	8,1	32,4	35,1
Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	14,3	35,7	7,1	32,1	10,7	16,7	22,2	13,9	27,8	19,4

Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	3,6	7,1	0	42,9	46,4	0	5,4	0	37,8	56,8
Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área.	0	10,7	0	53,6	35,7	2,7	16,2	10,8	35,1	35,1
Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área.	3,6	10,7	10,7	42,9	32,1	5,4	16,2	21,6	32,4	24,3
Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área.	3,6	0	0	46,4	50	0	5,4	16,2	37,8	40,5
Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.	0	7,1	7,1	39,3	46,4	2,7	10,8	13,5	37,8	35,1
Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração?	3,6	10,7	10,7	50	25	5,4	10,8	21,6	43,2	18,9
Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	7,1	10,7	3,6	35,7	42,9	8,1	10,8	13,5	32,4	35,1
Nesta área, é difícil discutir sobre erros.	25	28,6	7,1	39,3	0	13,9	25	19,4	30,6	11,1
Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	40,7	33,3	0	18,5	7,4	29,7	37,8	5,4	10,8	16,2
Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.	21,4	39,3	3,6	28,6	7,1	18,9	21,6	10,8	32,4	16,2
O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiopulmonar, convulsões).	30,8	23,1	3,8	23,1	19,2	16,7	22,2	16,7	22,2	22,2
O moral nesta área é alto?	3,6	10,7	21,4	42,9	21,4	2,7	13,5	18,9	32,4	32,4
Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	0	21,4	3,6	53,6	21,4	2,7	10,8	2,7	48,6	35,1
Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa administração.	7,1	10,7	25	35,7	21,4	19,4	22,2	16,7	27,8	13,9
Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	0	14,3	10,7	28,6	46,4	8,1	8,1	13,5	32,4	37,8
Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a) administração.	3,6	14,3	17,9	32,1	32,1	5,7	11,4	22,9	31,4	28,6
Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente?	0	0	7,1	46,4	46,4	2,7	5,4	10,8	29,7	51,4
Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim.	3,6	10,7	3,6	50	32,1	2,7	10,8	24,3	24,3	37,8
Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	7,1	3,6	7,1	53,6	28,6	10,8	5,4	5,4	43,2	35,1

Fonte: elaborado pelo autor (2024).

Nesse sentido, oferta-se aqui um retorno prático do conhecimento produzido e das informações sistematizadas neste estudo que pode ser útil à gestão do hospital, no sentido de subsidiá-la por tomadas de decisões pela qualidade dos serviços prestados em benefício benéfico dos seus pacientes.

O presente estudo, apesar de ter características metodológicas próprias, como a natureza transversal da pesquisa e a limitação de sua aplicação prática ao local onde foi desenvolvido, levantou questões gerais na literatura e produziu um conjunto de achados em uma instituição específica que poderão acrescentar ao que há de conhecimento geral sobre o tema, bem como auxiliar na gestão do hospital estudado por melhorias internas. Outras limitações encontradas foram a dificuldade de obter dados precisos nas respostas à pesquisa, seja por medo de represálias ou por falta de disponibilidade de tempo por parte dos profissionais, ou até mesmo desconhecimento sobre a importância da

participação em uma pesquisa. Além disso, a complexidade dos sistemas hospitalares e a variedade de fatores que influenciam a segurança do paciente tornaram-se desafiadores estabelecer relações de causa e efeito. A pesquisa também apresenta limitações quanto à capacidade de comparar resultados de diferentes hospitais, devido às diferenças culturais e protocolos de segurança.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança das pessoas relacionada aos cuidados de saúde é uma preocupação mundial de grande importância devido a suas implicações sociais, econômicas e na morbimortalidade. É um problema complexo e ainda não resolvido na medida desejada, de modo que ainda há muito o que se investigar e agir a respeito, tanto em termos gerais como em termos específicos internos à cada instituição de cuidado.

Sobre os achados da pesquisa, enfermeiros(as) de áreas críticas e não críticas do local estudado eram de perfis etários, de formação e tempo de experiência profissional semelhantes, embora os profissionais das áreas críticas tenderam a ser não significativamente mais jovens e com menor tempo e formação e experiência.

A cultura de segurança do paciente na instituição estudada esteve aquém do desejado. Não obstante, alguns domínios específicos não seguiram esse padrão, como foi o caso do *Clima de Trabalho em Equipe* e *Satisfação no Trabalho* que se destacaram como satisfatórios. Por outro lado, os domínios mais frágeis em relação à cultura de segurança do paciente foram *Percepção da gerência* e *Percepção do estresse*.

A estratificação por áreas críticas e não críticas mostrou que a cultura de segurança do paciente foi melhor nas áreas não críticas do que nas áreas críticas, embora tenha sido aquém do desejado em ambas. Vale ressaltar que a comparação das condições favoráveis e não favoráveis revelou que as condições de trabalho foram percebidas de formas diferentes entre essas duas áreas, levantando a oportunidade de que estudos futuros aprofundem a temática.

Aspectos específicos influentes sobre a cultura de segurança do paciente foram identificados e apresentados em termos do quanto cada um se encontra numa condição favorável ou desfavorável a essa cultura e diferenças pontuais foram vistas entre as áreas críticas e não críticas. A observância atenta da gestão do hospital estudado a esses achados poderá oportunizar a aplicação de medidas direcionadas especificamente

a cada fragilidade encontrada, ajudando assim no enfrentamento da necessidade de melhoria.

## **7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS PARA A INSTITUIÇÃO DE ESTUDO**

A apresentação dos resultados à instituição campo de estudo será feita por meio de um relatório técnico. As informações serão apresentadas de forma clara e objetiva, destacando as principais descobertas e oferecendo uma análise aprofundada dos dados coletados. O relatório técnico se propõe a ser uma fonte de informações que permita a elaboração de estratégias para a evolução da cultura de segurança do paciente entre os enfermeiros e a equipe multiprofissional do local de estudo.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, I.M. *et al.* Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.** , Porto Alegre, v. 40, esp., e20180198, 2019. DOI: Português <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>. Acesso em: 19 nov. 2023.
- ADAMY, E.K. *et al.* Reflexão sobre a interface entre a segurança do paciente e o processo de enfermagem. **Rev. Enferm. Atenção Saúde** , Uberaba, v. 7, n. 1, pág. 272-278, janeiro. /julho. 2018. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2519>. Acesso em: 13 mai. 2022.
- AMARAL, R.T. *et al.* Segurança no Cuidado de Enfermagem. **Rev. enferm. UFPE**, Recife, v. 12, n. 12, pág. 3386-3393, dez. 2018. DOI: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234964/30813>. Acesso em: 10 mai. 2022.
- ANDRADE, L.E.L. *et al.* Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. **Epidemiologia. Serviço. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, pág. 455-468, jul.-set. 2017. ISSN: 1679-4974. DOI:<https://www.scielo.br/j/ress/a/WWrcjrQH3r5LvwRKV3VbPSy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 mai. 2022.
- ANDRADE, L. E. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 161–172, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZdzPMjFXMpcmzSZTJ5bSSyB/#>. Acesso em: 13 jul. 2024.
- AQUINO, L.A.P. **Avaliação da cultura de segurança do paciente em centros cirúrgicos de diferentes contextos organizacionais**. 2023. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: < <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/52321> > Acesso em 21 jul. 2024.
- BARBOSA, I.E.B. *et al.* Segurança do paciente: principais eventos adversos na Unidade Terapia Intensiva. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e6454-e6454, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.25248/reas.e6454.2021> > Acesso em 10 jul. 2024.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Cultura de Segurança do Paciente**. Brasília: Anvisa, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/cultura-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 16 mai. 2022.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Notificação de incidentes/eventos adversos**. Brasília: Anvisa, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/notificacoes/notificacao-de-incidentes-eventos-adversos-nao-infecciosos-relacionados-a-assistencia-a-saude/como-notificar-incidentes-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude/como-notificar-incidentes-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude>. Acesso em: 6 mai. 2024.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013**. Brasília: Anvisa, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 6 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o programa nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 104 p. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em: 10 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. 2ª edição. Brasília: Anvisa, v. 1, 2017a. 144 pág. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica/>. Acesso em: 10 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017b. 216 pág. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/gestao-de-riscos-e-investigacao-de-eventos-adversos-relacionados-a/>. Acesso em: 10 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES**. Consulta Estabelecimento – Módulo Hospitalar. 2022. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/3548902080931>. Acesso em: 11 mai. 2022.

CEDRAZ, R.O. *et al.* Gerenciamento de riscos em ambiente hospitalar: incidência e fatores de riscos associados à queda e lesão por pressão em unidade clínica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2018. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/ean/a/cSfZ9h59ynwyQmgjkQwQL8t/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 mai. 2022.

CARVALHO, R.E.F.L. *et al.* Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, e2849, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/JCtnMcPPK8MSsQRf3HshHpz/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 13 mai. 2022.

CARVALHO, R.E.F.L.; CASSIANI, S.H.B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, pág. 575-582, junho. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/fF6MjHxDxsc7VJhhRpWdRsy/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 13 mai. 2022.

CARVALHO, P.A. *et al.* Cultura de segurança na percepção dos profissionais de saúde de hospitais públicos. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, e20210032, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/vxrzhVhFgGTZJ7pWksphpWj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 04 jan. 2023.

CESÁRIO, J.M.S. *et al.* Metodologia científica: Principais tipos de pesquisas e suas características. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 05, Ed. 11, Vol. 05, pp. 23-33. Novembro de 2020. ISSN: 2448-0959, Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/tipos-de-pesquisas>. Acesso em: 18 ago. 024.

- CHABOYER, W. *et al.* Artigo do CNE: cultura de segurança em unidades de terapia intensiva australianas: estabelecendo uma linha de base para melhoria da qualidade. **American Journal of Critical Care**, Chicago, v. 22, n. 2, p. 93-102, mar. 2013. DOI 10.4037/ajcc2013722. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ajcc2013722>. Acesso em: 08 jan. 2024.
- ETCHEGARAY, J.M.; THOMAS, E.J. Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. **BMJ Quality & Safety**. v. 21, n. 6, p. 490-498, 2012. DOI: doi:10.1136/bmjqs-2011-000449. Acesso em: 17 mai. 2022.
- GÖRAS, C. *et al.* Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a cross-sectional survey. **BMJ Open**. v. 7, n. 9, e015607, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28864690/>. Acesso em 14 mai. 2024.
- HIGNETT, S. *et al.* More holes than cheese. What prevents the delivery of effective, high quality and safe health care in England? **Ergonomics**, v. 61, n. 1, p. 5-14, 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/00140139.2016.1245446.1245446>. Acesso em: 13 mai. 2022.
- HOCHMAN, B.; NAHAS, F.X.; OLIVEIRA FILHO, R.S.; FERREIRA, L.M. Desenhos de pesquisa. **Acta Cir Bras [serial online]** 2005;20 Suppl. 2:02-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/acb>. Acesso em: 18 ago. 2024.
- KOLANKIEWICZ, A.C.B. *et al.* O clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: Fatores contribuintes. **Acta Paul Enfermagem**, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Q8R9rW5csrKRL7j6jvh9zhc/?lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2022.
- LEVENE, H. Robust Test for Equality of Variances, Em: HOLLINGSWORTH, IO *et al.* (Ed.). 'Contributions to Probability and Statistics: Essays in Honor of Harold Hotelling', Stanford, CA: **Stanford University Press**, 1960. p. 278-292. Disponível em: [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2363177](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2363177). Acesso em: 05 nov. 2023.
- LIKERT, R. **A technique for the measurement of attitudes**. **Archives of Psychology**, v. 22, n. 140, p. 5-55, 1932. Disponível em: [https://legacy.voteview.com/pdf/Likert\\_1932.pdf](https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf). Acesso em: 05 nov. 2023.
- LOPES, E.C.M.S. **Avaliação da cultura de segurança em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2019. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/handle/1884/64191>. Acesso em: 05 jan. 2023.
- MADALOZZO, M.M. *et al.* Cultura de segurança do paciente em um hospital acreditado de alta complexidade. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e55510616113- e55510616113, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16113> Acesso em: 11 jul. 2024.
- MAGALHÃES, F.H.L. *et al.* Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, esp., e20180272, 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180272>. Acesso em: 20 set. 2022.

- MAGALHÃES, E.V. *et al.* Cultura de segurança do paciente entre profissionais de Enfermagem em um hospital filantrópico de Minas Gerais. **Revista Cuidarte**. Florianópolis, v. 12, n. 3, e1990, 2021.  
[https://www.researchgate.net/publication/361193850\\_A\\_influência\\_da\\_imprevisibilidade\\_temporal\\_nos\\_mecanismos\\_eletrofisiológicos\\_do\\_arrastamento\\_neural](https://www.researchgate.net/publication/361193850_A_influência_da_imprevisibilidade_temporal_nos_mecanismos_eletrofisiológicos_do_arrastamento_neural). Acesso em: 28 out. 2023.
- MALTA, M. *et al.* Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 559-565, jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>. Acesso em: 09 mar. 2025.
- MANTEL, N.; HAENSZEL, W. Statistical Aspects of the Analysis of Data From Retrospective Studies of Disease, **JNCI: Journal of the National Cancer Institute**, Rockville, v. 22, n. 4, p. 719-748, abr. 1959. Disponível em: <https://academic.oup.com/jnci/article-abstract/22/4/719/900746?login=false>. Acesso em: 03 nov. 2023.
- MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 19, p. a07, 2017. DOI: 10.5216/ree.v19.38760. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/38760>. Acesso em: 22 jul. 2024.
- REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **REBRAENSP**. [S. eu. ], 2008-2024. Disponível em: <https://www.rebraensp.com.br/>. Acesso em: 06 mai. 2024.
- RÊGO, M.A.V; FEIJÓ, F.R. Módulo Teórico 6: Planejando Investigações em Epidemiologia. In: **Brasil. Ministério da Saúde. Curso de Atualização para Análise de Situação de Saúde do Trabalhador -ASST aplicada aos serviços de saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal da Bahia. – Brasília: Ministério da Saúde, pp. 1-41, 2021. Disponível em [https://sat.ufba.br/sites/sat.ufba.br/files/asst\\_modulo\\_6\\_-\\_planejando\\_investigacoes\\_em\\_epidemiologia\\_0.pdf](https://sat.ufba.br/sites/sat.ufba.br/files/asst_modulo_6_-_planejando_investigacoes_em_epidemiologia_0.pdf). Acesso em 13 out. 2024.
- RIGOBELLO, M.C.G. *et al.* Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, pág. 728-735, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/YLpJs8jkCkXm6tnBhmF9zVm/#ModalHowcite>. Acesso em: 14 mai. 2024.
- SANTIAGO, T.H.R. **Cultura organizacional para segurança do paciente em terapia intensiva: comparação de dois instrumentos Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC e Safety Attitudes Questionnaire – SAQ**. Dissertação, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/>. Acesso em: 17 mai. 2022.
- SILVA, L.C. *et al.* Efeito da cultura organizacional para a segurança do paciente no ambiente hospitalar: uma revisão sistemática. **Aquichan**, v. 21 n. 2, e2123, 2021. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/14385/6439>. Acesso em: 16 mai. 2022.

TAVARES, A.P.M. *et al.* Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de Enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 19, n. 1, e3152, 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/31319/71757>. Acesso em: 13 mai. 2022.

TURHAN, N.S. Testes Qui-Quadrado de Karl Pearson. **Pesquisas e Resenhas Educacionais**, Ponta Grossa, v. 16, n. 9, pág. 575-580, 2020. Disponível em: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1267545.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2024.

VINCENT, C.; AMALBERTI, R. **Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado**. Rio de Janeiro: Proqualis, 1 2016. 198 p. (Coleção Proqualis). ISBN 978-85-69295-03-7. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/Cuidado%20de%20Sa%C3%B Ade%20mais%20Seguro%20-%20PDF.pdf> Acesso em: 18 ago. 2023.

VON ELM, E. *et al.* The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **Epidemiology**, v. 18, n. 6, p. 800-804, 2007. doi: 10.1097/EDE.0b013e3181577654. PMID: 18049194. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18049194/>. Acesso em: 09 mar. 2025.

WILCOXON, F. Probability Tables for Individual Comparisons by Ranking Methods. **Biometrics**, Baltimore, v. 3, n. 3, p. 119-122, set. 1947. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3001946>. Acesso em: 05 nov. 2023.

World Health Organization (WHO). **Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde: Edição Multiprofissional**. 2009. 208 pág. Tradução: PUC-Rio. Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9788555268502-por.pdf?sfvrsn=9e58a092\\_1](https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9788555268502-por.pdf?sfvrsn=9e58a092_1). Acesso em 24 mai. 2023.

World Health Organization (WHO). **Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care**. 2021. 56 pág. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>. Acesso em: 17 mai. 2022.

## APÊNDICE 1 — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: Cultura de Segurança do paciente entre enfermeiros no contexto hospitalar. Esta pesquisa tem como objetivo “Comparar a cultura de segurança do paciente entre enfermeiros de áreas críticas e não críticas e discutir aspectos que dificultam ou favorecem a segurança do paciente”. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas para fins acadêmicos, científicos e direcionar medidas de fortalecimento das ações de segurança do paciente. Os resultados poderão ser divulgados em eventos e/ou revistas científicas garantindo o seu anonimato. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas que terá objetivo de caracterização sociodemográfica, como data de nascimento, estado civil, regime de trabalho, setor, tempo de formação, tempo de atuação, cargo, escolaridade. E o segundo instrumento, terá questões quanto a atitudes dos trabalhadores quanto a segurança do paciente.

Serão aplicados os instrumentos: Ficha de caracterização contendo dados sociodemográficos dos participantes, além de um instrumento de questionário com as questões norteadoras do estudo: Como é a percepção da cultura de segurança do paciente entre enfermeiros de unidades críticas e não críticas?

O tempo previsto de duração das entrevistas e aplicação dos instrumentos para os participantes será entre vinte e trinta minutos, a fim de evitar cansaço/desgaste, desconforto físico, emocional e aborrecimento por parte dos participantes. Os questionários serão quantitativos individuais, realizando a coleta de dados através da plataforma digital Google Forms. O(A) Senhor (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras, tendo o direito de buscar indenização em caso de danos advindos da pesquisa. Os riscos são mínimos e se referem a um possível desconforto que pode ser físico e/ou emocional gerado pelo possível cansaço, desgaste, ou aborrecimento ao responder as perguntas. Caso isso ocorra a coleta será imediatamente suspensa. Sua participação trará como benefício o aprofundamento do conhecimento científico para a área de Segurança do paciente e a compreensão de como a cultura de

segurança interfere no direcionamento e promove medidas de fortalecimento da cultura de segurança dos pacientes. O (A) Senhor (a) receberá uma via assinada e rubricada deste termo no qual consta o telefone/e-mail do pesquisador responsável por esta pesquisa, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos.

---

Pesquisador Principal: Flávio César Braga Reis,

Universidade Federal de São Carlos

e-mail: [flaviobraga@estudante.ufscar.br](mailto:flaviobraga@estudante.ufscar.br)

Telefone: (16) 981693621.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e 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) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

São Carlos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

---

Participante da pesquisa

**APÊNDICE 2 — FORMULÁRIO ELETRÔNICO DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Idade:

Turno de trabalho:

Setor de trabalho:

Tempo de formação profissional:

Tempo de atuação na instituição:

Formação profissional:

**APÊNDICE 3 — DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE) - SHORT FORM BRASIL:**

<b>Domínios</b>	<b>Descrição</b>	<b>Exemplos de itens</b>
Clima de trabalho em equipe Itens de 1 a 6	Compreende a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros da equipe.	Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.
Clima de segurança Itens de 7 a 13	Avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente.	Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.
Satisfação no trabalho Itens de 15 a 19	É a visão positiva do local de trabalho.	Eu gosto do meu trabalho.
Percepção do Estresse Itens de 20 a 23	Trata do reconhecimento do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho.	Quando minha carga de trabalho é excessiva o meu desempenho é prejudicado.
Percepção da Gerência da Unidade e do hospital Itens de 24 a 29	Refere-se a aprovação das ações da gerência quanto às questões de segurança.	A administração está fazendo um bom trabalho.
Condições de trabalho Itens de 30 a 36	Refere-se a percepção da qualidade do ambiente de trabalho.	Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.

(CARVALHO; CASSIANI, 2012)

**APÊNDICE 4 - ITENS ESSENCIAIS QUE DEVEM SER DESCRITOS EM ESTUDOS OBSERVACIONAIS, SEGUNDO A DECLARAÇÃO STRENGTHENING THE REPORTING OF OBSERVATIONAL STUDIES IN EPIDEMIOLOGY (STROBE). 2007.**

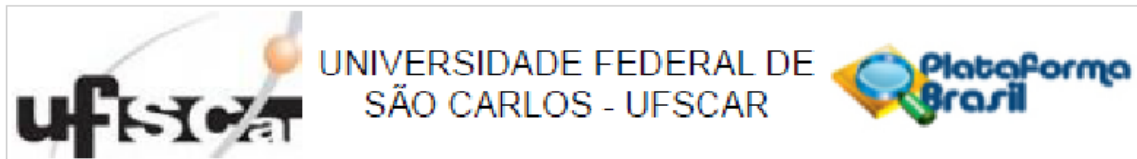
<b>Itens essenciais que devem ser descritos em estudos observacionais, segundo a declaração Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). 2007.</b>		
<b>Item</b>	<b>Nº</b>	<b>Recomendação</b>
Título e Resumo	1	Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado.
		Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado.
<b>Introdução</b>		
Contexto/ Justificativa	2	Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa.
Objetivos	3	Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes.
<b>Métodos</b>		
Desenho do estudo	4	Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo.
Contexto (setting)	5	Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento (follow-up) e coleta de dados.
Participantes	6	Estudos de Coorte: Apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Descreva os métodos de acompanhamento.
		Estudos de Caso-Controlle: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e o critério-diagnóstico para identificação dos casos e os métodos de seleção dos controles. Descreva a justificativa para a eleição dos casos e controles.
		Estudo Seccional: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes.
		Estudos de Coorte: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de expostos e não expostos.
		Estudos de Caso-Controlle: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso.
Variáveis	7	Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos.
Fontes de dados/ Mensuração	8	Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação.
Viés	9	Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de vies.

Tamanho do estudo	10	Explique como se determinou o tamanho amostral.
Variáveis quantitativas	11	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porque.
Métodos estatísticos	12	Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controle de confundimento.
		Descreva todos os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações.
		Explique como foram tratados os dados faltantes (“missing data”).
		Estudos de Coorte: Se aplicável, explique como as perdas de acompanhamento foram tratadas.
		Estudos de Caso-Controle: Se aplicável, explique como o pareamento dos casos e controles foi tratado.
		Estudos Seccionais: Se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem.
		Descreva qualquer análise de sensibilidade.
<b>Resultados</b>		
Participantes	13	Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo (ex: número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e foram efetivamente analisados).
		Descreva as razões para as perdas em cada etapa
		Avalie a pertinência de apresentar um diagrama de fluxo
Dados descritivos	14	Descreva as características dos participantes (ex: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial. Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse.
		Estudos de Coorte: Apresente o período de acompanhamento (ex: média e tempo total)
Desfecho	15	Estudos de Coorte: Descreva o número de eventos-desfecho ou as medidas-resumo ao longo do tempo.
		Estudos de Caso-Controle: Descreva o número de indivíduos em cada categoria de exposição ou apresente medidas-resumo de exposição.
		Estudos Seccionais: Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo.
Resultados principais	16	Descreva as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex: intervalos de confiança). Deixe claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos.
		Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte

		utilizados.
		Se pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante.
Outras análises	17	Descreva outras análises que tenham sido realizadas. Ex: análises de subgrupos, interação, sensibilidade.
<b>Discussão</b>		
Resultados principais	18	Resuma os principais achados, relacionando-os aos objetivos do estudo.
Limitações	19	Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.
Interpretação	20	Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes.
Generalização	21	Discuta a generalização (validade externa) dos resultados.
<b>Outras Informações</b>		
Financiamento	22	Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado.

(MALTA, M. *et al.* 2007)

## ANEXO 1 — PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Cultura de segurança do paciente entre enfermeiros no contexto hospitalar

**Pesquisador:** FLAVIO CESAR BRAGA REIS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 65890622.1.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.909.529

#### Apresentação do Projeto:

As informações referente a Apresentação do Projeto foram extraídas das PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2034403 postadas em 29/12/2022

#### Resumo:

Estudos mostram a frequência de eventos adversos nos pacientes hospitalizados. A estimativa é que um a cada dez pacientes estão sujeitos a um evento adverso enquanto recebem cuidados hospitalares. Diante desse exposto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em primeiro de abril de 2013. O estudo de caráter quantitativo, objetivo da pesquisa foi comparar a cultura de segurança do paciente entre enfermeiros de áreas críticas e não críticas, e descrever aspectos que dificultam ou favorecem a segurança do paciente. Essa pesquisa seguirá todas as recomendações éticas para a pesquisa com os seres humanos. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com 81 enfermeiros em unidades de internação em um Hospital filantrópico no interior da cidade de São Paulo (SP). Serão aplicados os seguintes instrumentos: O primeiro instrumento para coleta de dados foi elaborado pelo pesquisador e terá objetivo de caracterização sociodemográfica dos participantes, o segundo instrumento Safety Atitudes Questionnaire – SAQ (Questionário de atitudes de segurança). Para a análise estatística possivelmente será realizado a correlação estatística entre as variáveis, através do uso do teste T. Student, do teste Mantel-Haensel, ou teste

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

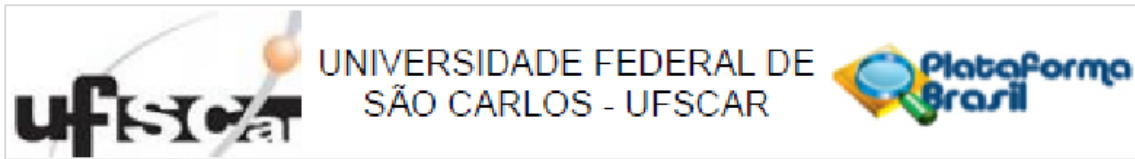
**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (18)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.909.529

exato de Fisher. Com resultados esperados espera-se identificar as particularidades que possam dificultar ou facilitar a segurança do paciente nessas áreas e poder, desta forma, contribuir para o direcionamento de ações para fortalecer a cultura de segurança do paciente no hospital campo de estudo.

**Hipótese:**

Existe diferença da cultura de segurança do paciente entre enfermeiros de áreas de atendimento críticos e áreas de atendimentos não críticos no contexto hospitalar relacionadas ao processo de trabalho, atuação da equipe, normas, protocolos e perfis dos pacientes.

**Critério de Inclusão:**

Como critérios de inclusão, serão adotados: ser enfermeiro trabalhador da instituição, com tempo de atuação mínimo de seis meses.

**Critério de Exclusão:**

Como critério de exclusão, se encaixa aos profissionais afastados do trabalho, por qualquer motivo, no período de coleta de dados.

**Objetivo da Pesquisa:**

As informações referente ao Objetivo da Pesquisa foram extraídas das PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2034403 postadas em 29/12/2022

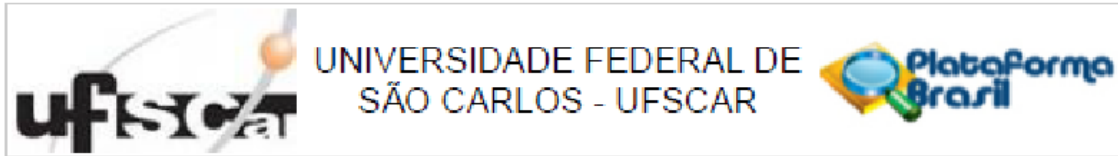
**Objetivo Primário:**

Comparar a cultura de segurança do paciente entre enfermeiros de áreas críticas e não críticas, e descrever aspectos que dificultam ou favoreçam a segurança do paciente.

**Objetivo Secundário:**

1) - Mensurar a cultura de segurança do paciente entre enfermeiros de áreas de atendimento a pacientes críticos e enfermeiros de áreas de atendimento de pacientes não críticos do hospital; 2)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
 UF: SP Município: SAO CARLOS  
 Telefone: (16)3351-0686 E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.909.629

- Comparar os achados relativos à mensuração feita nas áreas críticas com aqueles relativos às áreas não críticas;3) - Discutir criticamente os resultados obtidos no item 1 e 2 acima, com foco nos aspectos da cultura de segurança do paciente que dificultam ou favoreçam o clima de segurança nas duas áreas hospitalares estudadas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

As informações referente a Avaliação dos Riscos e Benefícios foram extraídas das PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2034403 postadas em 29/12/2022

**Riscos:**

Risco de origem psicológica, intelectual e emocional: possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; Quebra da segurança e proteção de dados; cansaço ao responder as perguntas; desistência por parte do profissional entrevistado. Para minimizar os possíveis riscos de constrangimento, serão evitadas perguntas de cunho particular com temáticas sensíveis. O pesquisador seguirá todos os preceitos éticos conforme orientação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP sobre Procedimentos em Pesquisa com Qualquer Etapa em Ambiente Virtual e a Lei de Proteção Geral dos Dados (Lei nº 13.709/2018). Para cansaço durante a resposta aos questionários, o participante poderá interromper o preenchimento e continuar posteriormente a seu critério.

**Benefícios:**

Identificar particularidades que possam dificultar ou facilitar a segurança do paciente nessas áreas e poder, desta forma, contribuir para o direcionamento de ações para fortalecer a cultura de segurança do paciente no hospital campo de estudo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa transversal de caráter observacional comparativo entre grupos independentes.

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

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

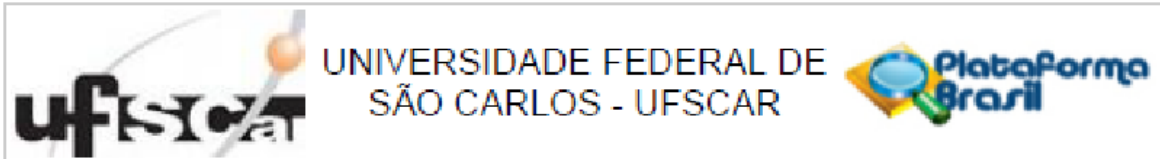
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9885

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.909.529

**Recomendações:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

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

As Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações foram tomadas a partir dos seguintes documentos anexados na plataforma brasil; PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2034403;e carta\_resposta\_versao1.pdf(29/12/2022); projeto\_pesquisa; tcle\_pesquisa

**Pendência 1:** Na metodologia do estudo foi descrito que O convite será realizado presencialmente e também através de meios digitais como o WhatsApp.

**Análise 1:** este CEP seguindo os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares solicita que o pesquisador reveja o formato de recrutamento dos participantes da pesquisa pois não fica claro como terá acesso ao acesso ao WhatsApp dos participantes; Ao aplicar questionário a participantes anônimos, o mais adequado é a utilização de uma ferramenta de formulário online, com link divulgado por redes sociais e/ou disponibilizado em uma página na internet.

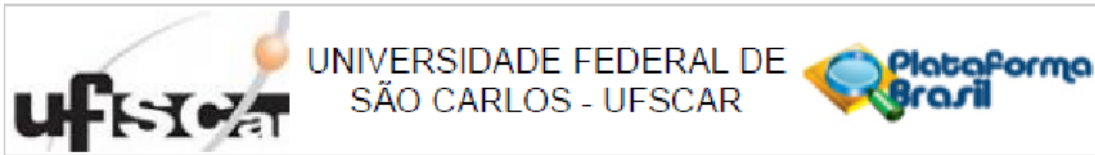
**Resposta Carta\_resposta\_versão1:**O convite será realizado presencialmente em todos os plantões, também por meios digitais, em uma página na internet da instituição, através de formulário online com Link. Também será disponibilizado o link com formulário online nos computadores das áreas destinadas ao desenvolvimento da pesquisa.

**Análise:** Atendido

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. Conforme dispõe o Capítulo VI, Artigo 28, da Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9885	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.909.629

término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2034403.pdf	29/12/2022 13:19:51		Aceito
Outros	carta_resposta_versao1.pdf	29/12/2022 13:19:11	FLAVIO CESAR BRAGA REIS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa.pdf	25/11/2022 14:25:34	FLAVIO CESAR BRAGA REIS	Aceito
Outros	questionario_sociodemografico.pdf	23/11/2022 12:57:55	FLAVIO CESAR BRAGA REIS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinado.pdf	23/11/2022 12:56:01	FLAVIO CESAR BRAGA REIS	Aceito
Outros	carta_de_autorizacao.pdf	16/11/2022 14:20:00	FLAVIO CESAR BRAGA REIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_pesquisa.pdf	16/11/2022 14:18:29	FLAVIO CESAR BRAGA REIS	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_atividades.pdf	16/11/2022 14:17:17	FLAVIO CESAR BRAGA REIS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	16/11/2022 14:16:43	FLAVIO CESAR BRAGA REIS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_infra.pdf	16/11/2022 14:16:13	FLAVIO CESAR BRAGA REIS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

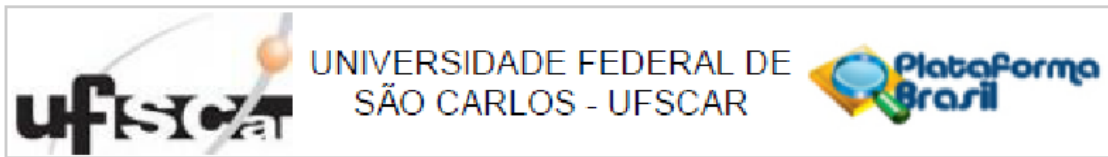
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9885

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.909.529

SAO CARLOS, 24 de Fevereiro de 2023

---

**Assinado por:**  
**Adriana Sanches Garcia de Araújo**  
**(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:** cephumanos@ufscar.br





## ANEXO 3 — AUTORIZAÇÃO PELA AUTORA DO INSTRUMENTO SAQ - QUESTIONÁRIO DE ATITUDE DE SEGURANÇA.

---

De: Rhanna Emanuela <rhannalima@gmail.com>

Enviado: Monday, December 19, 2022 11:25:16 AM

Para: Flavio Cesar Braga Reis <flaviobraga@estudante.ufscar.br>

Assunto: Re: Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire

Oi Flávio,

fico feliz com o seu contato.

Encaminho em anexo o SAQ. Qualquer dúvida, podes enviar email.

att,

Rhanna

Em seg., 19 de dez. de 2022 às 08:49, Flavio Cesar Braga Reis <flaviobraga@estudante.ufscar.br> escreveu:

Bom dia Rhanna, sou Flávio Reis, mestrando em gestão da clínica pela UFSCAR, estou desenvolvendo meu projeto de mestrado com o objetivo de comparar a cultura de segurança do paciente entre enfermeiros de áreas críticas e não críticas de um hospital filantrópico, e descrever aspectos que dificultam ou favorecem a segurança do paciente.

Diante desse objetivo, minha intenção é utilizar o SAQ, traduzido para o Brasil, pois é um questionário já validado e que supre minha necessidade de pesquisa.

Faço contato com você, para solicitar a autorização para utilização do instrumento em meu trabalho.

Desde já agradeço sua atenção.

Ótima semana.

--

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho

Professora do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará

Endereço para acessar o CV: <http://lattes.cnpq.br/1388111488949476>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3406-9685>

Líder do Grupo de Pesquisa Segurança, Tecnologia e Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde: [dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/1135048727714307](http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/1135048727714307)

## ANEXO 4 — RELATÓRIO DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

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

#### Relatório de Defesa de Dissertação

**Candidato: Flavio Cesar Braga Reis**

Aos 14/01/2025, às 14:00, realizou-se na Universidade Federal de São Carlos, nas formas e termos do Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, a defesa de dissertação de mestrado sob o título: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE ENFERMEIROS EM UM CONTEXTO HOSPITALAR, apresentada pelo candidato Flavio Cesar Braga Reis. Ao final dos trabalhos, a banca examinadora reuniu-se em sessão reservada para o julgamento, tendo os membros chegado ao seguinte resultado:

#### Participantes da Banca

Prof. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto  
Profa. Dra. Amanda de Assunção Lino  
Profa. Dra. Cristina Ortiz Sobrinho Valete

Função	Instituição
Presidente	UFSCar
Titular	USP
Titular	UFSCar

#### Conceito

Aprovado  
Aprovado  
Aprovado

#### Resultado

**Final**  
Aprovado

#### Parecer da Comissão Julgadora\*:

O trabalho é relevante e foi adequadamente estudado e apresentado. Sugere-se que, antes de apresentar a versão definitiva da dissertação ao repositório da UFSCar, o texto, tabelas e figuras sejam ajustados no sentido de tornar o material apresentado mais claro a leitores não especialistas no tema, incluídas discussões sobre os resultados que se encontram isolados em algumas partes do texto e reescrita a síntese do desenho do estudo. Comentar sobre limitações dos achados e dificuldades de inclusão de respondentes.

Encerrada a sessão reservada, o presidente informou ao público presente o resultado. Nada mais havendo a tratar, a sessão foi encerrada e, para constar, eu, Larissa Campagna Martini Barbosa, representante do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, lavrei o presente relatório, assinado por mim e pelos membros da banca examinadora.

Prof. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto

Representante do PPG: Larissa Campagna Martini Barbosa

Profa. Dra. Amanda de Assunção Lino

Profa. Dra. Cristina Ortiz Sobrinho Valete

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Bernardino Geraldo Alves Souto, Amanda de Assunção Lino, Cristina Ortiz Sobrinho Valete e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ao) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** BERNARDINO GERALDO ALVES SOUTO  
Data: 15/01/2025 16:13:21-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto

(x) Não houve alteração no título ( ) Houve alteração no título. O novo título passa a ser: