



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ISABELLA CAROLINE SILVA CRUZ

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO
DE UM HOSPITAL PRIVADO EM BRASÍLIA: UMA AVALIAÇÃO UTILIZANDO
QUESTIONÁRIO DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em
forma de artigo ao Curso de Enfermagem do
Centro Universitário de Brasília sob orientação
da Profa. Mestre Cláudia Rodrigues Mafra

Brasília

2020

Cultura de segurança do paciente em unidades de internação de um hospital privado em Brasília: uma avaliação utilizando questionário de cultura de segurança do paciente

Isabella Caroline Silva Cruz¹

Cláudia Rodrigues Mafra²

Resumo

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratório de natureza quantitativa do tipo survey, a qual objetivou a análise da cultura de segurança do paciente de acordo com a visão dos profissionais atuantes nas unidades de internação de um hospital privado do Distrito Federal. Adotou-se como N desta pesquisa os 31 formulários que preencheram os requisitos dos critérios adotados. A dimensão de segurança que obteve o maior percentual foi “Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente” (87,9%), as que adquiriram as porcentagens mais baixas foram “Respostas não punitivas aos erros” (19,4%) e “Abertura da comunicação” (46,0%). Os resultados obtidos através deste estudo evidenciam uma cultura de segurança do paciente ainda enfraquecida, porém em fase de estruturação. Ressalta-se a relevância de que se realizem novos estudos na área de segurança do paciente, objetivando a expansão da temática, a capacitação de profissionais neste domínio.

Palavras-chave: Cultura de segurança. HSOPSC. Acreditação hospitalar. Enfermagem. Saúde. Hospital.

Patient safety culture in private hospital units in Brazilia: an evaluation using patient safety culture questionnaire

Abstract

This is a quantitative descriptive-exploratory research of the survey type, which aimed to analyze the culture of patient safety according to the view of professionals working in the inpatient units of a private hospital in the Federal District. The 31 forms that met the requirements of the adopted criteria were adopted as N for this research. The safety dimension that obtained the highest percentage was “Expectations about your supervisor / boss and actions promoting patient safety” (87.9%), those that acquired the lowest percentages were “Non-punitive responses to errors” (19 , 4%) and “Opening of communication” (46.0%). The results obtained through this study show a culture of patient safety that is still weakened, but in the structuring phase. The relevance of carrying out new studies in the area of patient safety is emphasized, aiming at the expansion of the theme, the training of professionals in this field.

Keywords: Safety culture. HSOPSC. Hospital accreditation. Nursing. Health. Hospital.

¹Acadêmica de Enfermagem - Centro Universitário de Brasília.

²Professora Orientadora - Centro Universitário de Brasília.

1. Introdução

Nos últimos anos a área da saúde tem sido desafiada a melhorar seu sistema de atendimento e a qualidade do serviço oferecido. Após o lançamento do relatório “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, em 1999, nos Estados Unidos, um problema até então pouco questionado demonstrou alta gravidade e proporcionou um aumento do número de estudos na área de segurança do paciente, apontando para a falta de estratégias quanto a prevenção de erros evitáveis dentro das unidades de saúde (DUARTE *et al.*, 2018).

Compreende-se por segurança do paciente (SP) a diminuição de erros avaliados como evitáveis, decorrentes do cuidado de saúde, a um mínimo possível (BRASIL, 2016).

Visando a melhoria da segurança nas unidades de saúde e a diminuição dos erros, em 2013, a estratégia adotada foi a instalação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) criado através da portaria nº 529, de 1º de abril (ANDRADE *et al.*, 2018). No mesmo ano, através da RDC nº 36, é instituído o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), tornando possível a implementação de estratégias direcionadas à segurança do paciente dentro das instituições hospitalares, bem como a prevenção e monitorização dos eventos adversos nas mesmas (BRASIL, 2016).

Em suma, as organizações hospitalares têm progressivamente compreendido a relevância de se assegurar um atendimento de qualidade aos pacientes. Nessa conjuntura, medidas de prevenção à riscos, gerados pela assistência, têm sido gradualmente estabelecidas através do Núcleo de Segurança do Paciente (SILVA *et al.*, 2015).

Os eventos adversos (EAs) são tidos como incidentes que resultam em dano ao paciente, podendo ser classificados como danos leves, moderados ou graves (PERES *et al.*, 2018). Ademais, podem-se diferenciar outros dois tipos de incidentes: incidentes sem dano, que atingem o usuário sem gerar prejuízo; e o near miss, eventos que não atingem o paciente (BRASIL, 2016).

Em um estudo realizado em 2014, na Espanha, dos 245.320 episódios hospitalares atendidos em instituições da Rede Espanhola de Custos Hospitalares (RECH), entre os anos de 2008 e 2010, 16.182 apresentaram algum EAs consequente ao atendimento (ALLUE *et al.*, 2014).

No Brasil, entre os anos de 2014 e 2016 foram registrados 63.933 EAs decorrentes da assistência prestada à saúde, dentre estes, 417 (0,6%) tiveram sua evolução para o óbito (MAIA *et al.*, 2018). Supõe-se ainda que o número de EAs assistenciais no Brasil seja subnotificado, tendo como uma das justificativas a concepção dos profissionais de que o erro implicará em punição (FORTE *et al.*, 2018).

Observa-se que fatores relacionados aos profissionais e a equipe de saúde, influenciam na eficiência das estratégias adotadas pelas instituições, bem como na implementação da cultura de segurança do paciente (FASSARELLA *et al.*, 2018).

Entende-se a cultura de segurança do paciente (CSP) como os valores, ações e padrões de comportamento individuais e comunitários, que convenciam o comprometimento e o método de administração da instituição, bem como a percepção dos profissionais em relação às medidas estabelecidas (CUNHA; GUIRARDELLO, 2018).

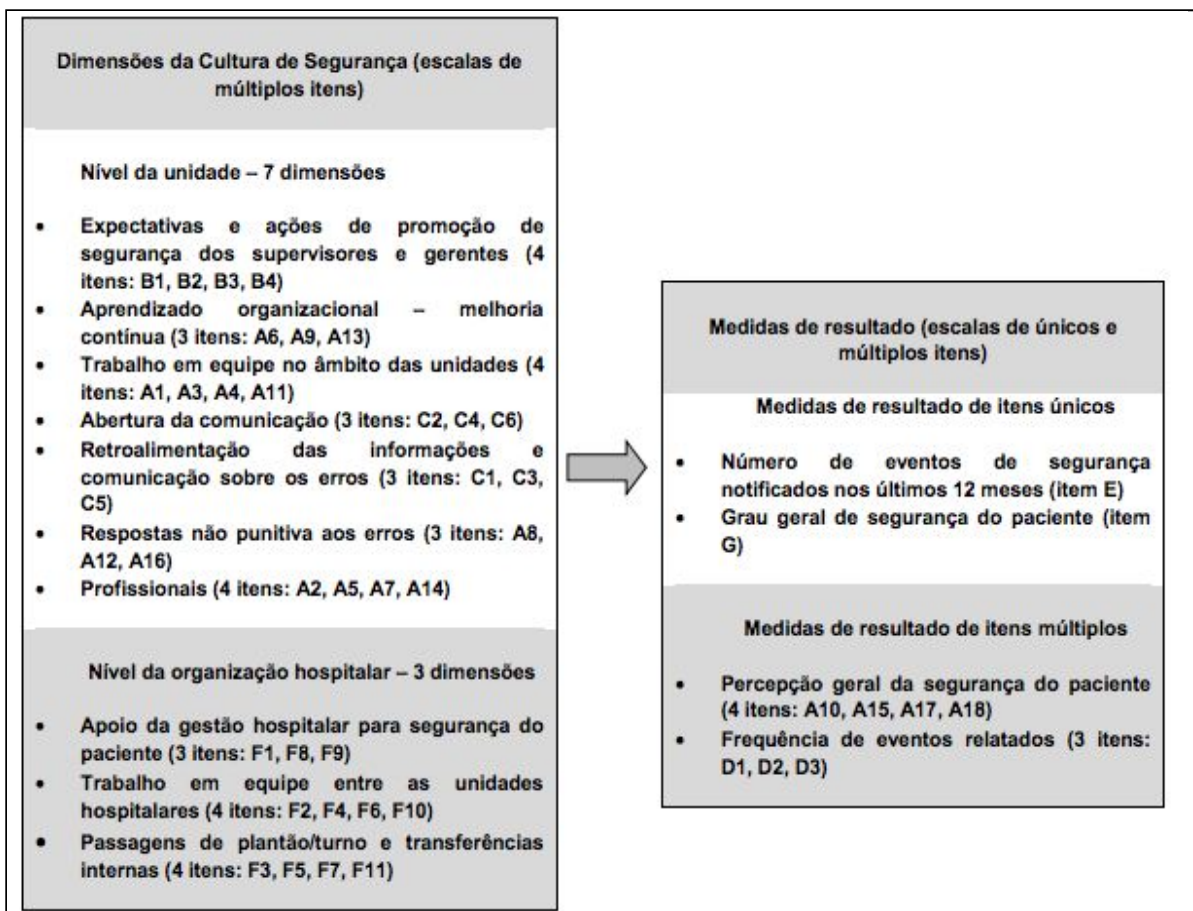
A cultura de segurança está estreitamente associada à qualidade de serviço oferecido, tendo em vista que a implementação de medidas que reduzem os riscos de incidentes oferece um atendimento cada vez mais qualificado (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2018). A qualidade está relacionada às ações estruturadas e planejadas que visam melhorar o atendimento às necessidades do usuário, de modo a expandir as probabilidades de atingir resultados de saúde ótimos (ROMERO *et al.*, 2018).

Favorecer a CSP tornou-se imprescindível às instituições hospitalares, inclusive por tratar-se de um atributo mensurado durante processos que têm como finalidade a obtenção de certificados de acreditação hospitalar (MENDES; MIRANDOLA, 2015).

Um dos instrumentos utilizados para a mensuração da cultura de segurança em instituições de saúde é o Hospital Survey on Patient Culture (HSOPSC), uma ferramenta de auto preenchimento que proporciona a possibilidade de avaliação das circunstâncias organizacionais quanto a CSP, avaliando o conhecimento dos profissionais e compreendendo de que forma o trabalho é realizado (BRASIL, 2016).

Este instrumento foi confeccionado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) visando à avaliação de fatores relacionados à cultura de segurança do paciente. É constituído por 12 dimensões – 7 relativas à unidade específica de trabalho no hospital, 3 referentes ao hospital e 2 variáveis de resultado – e possui um total de 50 itens, sendo: 44 concernentes a pautas inerentes a cultura de segurança e 6 pertinentes a dados pessoais conforme ilustrado em Figura 1 (FASSARELLA *et al.*, 2018).

Figura 1: Dimensões da Cultura de Segurança avaliadas pelo HSOPSC.



Fonte: Reis (2013).

Estudos têm sido elaborados em setores como Centro Cirúrgico e Unidades de Terapia Intensiva e obtido resultados encorajadores para o desenvolvimento de estratégias para potencializar a implementação da cultura de segurança (CORONA; PENICHE, 2015; SANTIAGO; TURRINI, 2015).

Em um hospital de ensino, em Goiânia, ao analisar-se 13.314 admissões realizadas no setor de clínica médica, entre os anos de 2005 e 2014, um total de 1.360 EAs foram identificados, sendo que entre os mais comuns estavam os que envolviam retirada acidental de sondas, cateteres e drenos. Tal número indicou uma persistência na ocorrência de eventos e a necessidade de adoção de medidas educacionais às equipes multiprofissionais (COSTA *et al.*, 2016).

Progressivamente, têm-se requerido que as equipes assistenciais sejam capacitadas de modo contínuo para compreender as circunstâncias de risco e impedir a ocorrência de erros evitáveis (WEGNER *et al.*, 2016).

Percebendo a amplitude do trabalho realizado pelas equipes e o tempo de internação dos pacientes nos setores de internação, pesquisar a cultura de segurança do paciente nestas unidades é de suma magnitude.

Portanto, têm-se como objetivo da presente pesquisa, analisar a cultura de segurança do paciente de acordo com a visão dos profissionais atuantes nas unidades de internação de um hospital privado do Distrito Federal.

2. Metodologia

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratório de natureza quantitativa do tipo survey.

A população do estudo foi constituída pelas equipes multiprofissionais de saúde atuantes nas unidades de internação de um hospital privado de Brasília (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e psicólogos), de modo que os participantes foram abordados nas próprias unidades.

O estudo foi desenvolvido em 5 unidades de internação de um hospital geral, localizado no Lago Sul - DF, que possui núcleo de segurança do paciente e gestão de risco.

Os critérios de inclusão utilizados para a escolha dos participantes no estudo incluem (1) integrar uma das equipes multiprofissionais das unidades de internação; (2) ter a disponibilidade de participar; (3) adesão voluntária, e aceitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 1).

Os critérios de exclusão estabelecidos incluem (1) os profissionais que estavam em período de férias ou em licença saúde; (2) os profissionais que não integram as equipes dos setores de internação; (3) não aceitação em participar do estudo ou em assinar o TCLE.

2.1. Questões Éticas

O presente estudo foi realizado unicamente após sua submissão e sequente aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB. Protocolo previamente avaliado, com parecer n. 3.703.448/19, tendo sido homologado na 19ª Reunião Ordinária do CEP-UniCEUB do ano, em 1º de novembro de 2019 (Anexo 1).

Respeitando-se as prerrogativas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), então vigente na ocasião da análise junto ao CEP. Aos profissionais participantes, foi solicitada permissão, mediante assinatura do TCLE.

Os autores se comprometeram a tornar público os resultados da pesquisa.

2.2. Procedimento e Análise de Dados

Primeiramente, foram agendados encontros com o enfermeiro responsável pela Educação Continuada do hospital em questão, tendo em vista apresentar o projeto, elucidando as dúvidas existentes.

Posteriormente, foram realizadas visitas as 5 unidades de internação dispostas no hospital, nas quais os profissionais foram abordados, havendo a devida explicação a respeito do conteúdo e objetivos do estudo, a confidencialidade de suas identidades, a autonomia para desistir da participação em seja qual fosse o momento e os benefícios da pesquisa. Mediante concordância à assinatura do TCLE, os formulários foram entregues aos participantes para preenchimento individual.

A participação na pesquisa ocorreu pelo preenchimento do instrumento HSOPSC, validado por Reis (2013) para ser utilizado em ambientes hospitalares no Brasil (Anexo 2). Neste questionário prevalecem os itens a serem respondidos em escala de 5 pontos, sendo: “discordo totalmente”, “discordo”, “nem concordo, nem discordo”, “concordo” e “concordo totalmente”; ou “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”.

Considerando a ocorrência súbita da pandemia relacionada ao Coronavírus (Sars-coV-2), e a conseqüente aplicação do isolamento social pelo Ministério da Saúde do Brasil, tornou-se inapropriado dar-se continuidade a realização de visitas ao hospital para a aplicação dos questionários. Diante de tal situação, foi elaborado questionário eletrônico, por meio do Google Formulário, com a mesma estrutura e conteúdo do HSOPSC, sendo este encaminhado para os profissionais para o devido preenchimento.

Após o período de preenchimento dos formulários deu-se início a análise dos mesmos. Ao realizar a análise descritiva dos formulários aplicados foram mensurados as porcentagens de resultados positivos para as 12 dimensões de segurança do paciente de acordo com a seguinte fórmula (REIS, 2013):

% de resultados positivos da dimensão = [número de resultados positivos às questões da dimensão / número total de resultados às questões da dimensão (positivos, imparciais e negativos)] x 100

Também foram verificados os percentuais de resultados positivos para cada uma das questões pertencentes às dimensões, sendo utilizada a fórmula a seguir (REIS, 2013):

% de resultados positivos às questões da dimensão = [número de resultados positivos às questões da dimensão / número total de resultados às questões da dimensão (positivos, imparciais e negativos)] x 100

Os resultados positivos tratam-se das respostas nas quais foram indicadas as alternativas “concordo” ou “concordo totalmente” para uma proposição escrita de modo positivo, ou nas questões em que foram escolhidas as opções “discordo” ou “discordo totalmente” em itens estruturados com caráter negativo. Entende-se por resultado imparcial, aquele cuja sentença assinalada foi “nem concordo, nem discordo”. A respeito dos resultados negativos, tratam-se das respostas indicadas como “discordo” ou “discordo totalmente” para uma proposição escrita de modo positivo, ou “concordo” e “concordo totalmente” em itens estruturados com caráter negativo (REIS, 2013).

A porcentagem de resultados positivos possibilita distinguir as dimensões bem e mal desenvolvidas da segurança do paciente no hospital em estudo. Considera-se nesta pesquisa como dimensão forte aquela cujo o percentual de resultados positivos seja igual ou maior que 75%. Por conseguinte, a dimensão frágil é a que obtém uma porcentagem de resultados positivos igual ou inferior a 50% (CRUZ *et al.*, 2018).

Os cálculos, bem como os gráficos desta pesquisa foram produzidos através do Google Planilha.

3. Resultados

A seguinte pesquisa teve a participação de 34 profissionais do hospital em pauta, sendo que destes, três não estavam aptos a participar de acordo com o critério de inclusão “integrar uma das equipes multiprofissionais das unidades de internação”, sendo assim, adotou-se como N desta pesquisa os 31 formulários que preencheram os requisitos dos critérios adotados.

Acerca do perfil social dos participantes, predominou o sexo feminino sendo 26 (83,9%) dentre os 31 profissionais. Em relação a idade, a maioria dos respondentes 18 (58,1%) relatou ter entre 26 e 33 anos (Tabela 1).

Quanto ao grau de instrução, 20 (64,5%) profissionais relataram possuir pós graduação, 5 (16,1%) concluíram o segundo grau, 4 (12,9%) possuem ensino superior completo e 2 (6,5%) ensino superior incompleto. Quanto à categoria profissional, a equipe de enfermagem, composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem formaram a maior parte da população do estudo, totalizando 16 (51,6%) participantes, quanto aos outros profissionais 5 (16,1%) informaram ser fisioterapeutas, 5 (16,1%) nutricionistas, 3 (9,7%) farmacêuticos, 2 (6,5%) médicos, e 1 (3,2%) psicólogo (Tabela 1).

Tratando-se da carga horária de trabalho 19 (61,3%) profissionais relataram trabalhar entre 40 à 59 horas semanais e 10 (32,3%) entre 20 e 39 horas. A respeito do vínculo com a instituição 18 (58,1%) informaram trabalhar no hospital há menos de 1 ano, e 10 (32,3%) já estão na empresa de 1 a 5 anos (Tabela 1).

Tabela 1: Perfil dos 31 profissionais de 5 Unidades de Internação. Brasília, DF, Brasil, 2020.

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	26	83,9
	Masculino	5	16,1
Idade	18 a 25 anos	4	12,8
	26 a 33 anos	18	58,1
	34 a 41 anos	7	22,6
	42 a 49 anos	2	6,5
	> 50 anos	-	-
	Médico	2	6,5
Categoria Profissional	Enfermeiro	7	22,6
	Técnico de Enfermagem	8	25,8
	Nutricionista	5	16,1

	Psicólogo	1	3,2
	Farmacêutico	3	9,7
	Fisioterapeuta	5	16,1
Grau de Instrução	Primeiro Grau Incompleto	-	-
	Segundo Grau Incompleto	-	-
	Segundo Grau Completo	5	16,1
	Ensino Superior Incompleto	2	6,5
	Ensino Superior Completo	4	12,9
	Pós Graduação	20	64,5
Carga Horária Semanal	< 20 horas	1	3,2
	20 a 39 horas	10	32,3
	40 a 59 horas	19	61,3
	60 a 79 horas	1	3,2
	80 a 99 horas	-	-
	> 100 horas	-	-
	< 1 ano	18	58,1
Tempo na Instituição	1 a 5 anos	10	32,3
	6 a 10 anos	3	9,7
	11 a 15 anos	-	-
	16 a 20 anos	-	-
	21 ou mais	-	-

Fonte: Elaborado pela autora.

A tabela 2 expõe as áreas de atuação e o tempo de trabalho em que o profissional está alocado nesta área dentro do hospital. Para a presente pesquisa, consta como critério de inclusão fazer parte de uma das 5 unidades de internação, deste modo, mesmo com as respostas variadas, foram comprovadas as atuações dos profissionais em uma destas unidades para o prosseguimento do estudo.

Dentre os respondentes a maioria 10 (29,4%) pertence a Pediatria, 7 (20,6%) relataram trabalhar em diversas áreas, 6 (17,7%) são da unidade de Transplante de Medula Óssea, 4 (11,8%) da unidade de Oncologia, 3 (8,8%) da Farmácia, 1 (2,9%) da Reabilitação e 3 (8,8%) da unidade de Terapia Intensiva, os quais foram excluídos do estudo (Tabela 2).

Quanto ao tempo de trabalho na atual unidade de serviço, 18 (58,0%) trabalham no mesmo local a menos de 1 ano e 12 (38,7%) entre 1 e 5 anos (Tabela 2).

Tabela 2: Área de atuação e Tempo de trabalho na unidade atual. Brasília, DF, Brasil, 2020.

Área de Atuação no Hospital	N	%
Diversas Áreas	7	20,6%
Clínica	-	-
Cirurgia	-	-
Obstetrícia	-	-
Pediatria	10	29,4%
Emergência	-	-
Terapia Intensiva*	3	8,8%
Psiquiatria	-	-
Reabilitação	1	2,9%
Farmácia	3	8,8%
Laboratório	-	-
Radiologia	-	-
Anestesiologia	-	-
Outros (Transplante de Medula Óssea)	6	17,7%
Outros (Oncologia)	4	11,8%
Total	34	100%

*Questionários excluídos de acordo com os critérios de exclusão da pesquisa.

Tempo de trabalho na atual unidade do hospital

< 1 ano	18	58,0%
1 a 5 anos	12	38,7%
6 a 10 anos	1	3,2%
11 a 15 anos	-	-
16 a 20 anos	-	-
21 anos ou mais	-	-
Total	31	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

Foram estabelecidos os percentuais de resultados positivos para cada uma das 12 dimensões avaliadas pelo HSOPSC, as quais seguem explanadas e identificadas (D1 a D12) em Tabela 3, bem como os percentuais positivos dos itens que compõem cada dimensão.

A dimensão de segurança do paciente que obteve o maior percentual de resultados positivos foi “Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente” (87,9%), sendo caracterizada como uma área forte. As dimensões que adquiriram as

porcentagens mais baixas foram “Respostas não punitivas aos erros” (19,4%) e “Abertura da comunicação” (46,0%), por consequência sendo qualificadas como áreas frágeis (Tabela 3).

As primeiras 7 dimensões são a nível da unidade em que o profissional se encontra alocado. Na dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades” o item “Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito” obteve 80,6% de respostas positivas (Tabela 3).

Na dimensão “Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente” todos os itens atingiram mais de 75% de respostas positivas, caracterizando essa como uma área forte em relação a segurança do paciente. Ademais, o item “O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente” foi a que alcançou maior percentagem de resultados positivos – 96,8% – validando que a maior parte dos profissionais posicionou-se discordante ou discordante totalmente da afirmação (Tabela 3).

Tratando-se da dimensão “Aprendizado organizacional – melhoria contínua” houve o percentual de 93,6% de respostas positivas à disposição “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” (Tabela 3).

A dimensão “Respostas não punitivas aos erros” obteve percentual inferior de resultados positivos, sendo identificada como a área mais frágil a respeito da segurança do paciente. O quesito “Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais” recebeu apenas 9,7% de respostas positivas (Tabela 3).

Tabela 3: Percentual de respostas positivas para as dimensões do HSOPSC. Brasília, DF, Brasil, 2020.

Dimensões e seus itens componentes	Respostas positivas %
D1. Trabalho em equipe dentro das unidades	62,9%
A1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.	64,5%
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	61,3%
A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	80,7%
A11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam.	45,2%
D2. Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	87,9%
B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	83,9%

B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente.	80,7%
B3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.	90,3%
B4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	96,8%
D3. Aprendizado organizacional – melhoria contínua	61,3%
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	93,6%
A9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.	74,2%
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	77,4%
D4. Abertura da comunicação	46,0%
C2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	74,2%
C4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	51,6%
C6. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	58,1%
D5. Retorno da informação e comunicação sobre erro	60,5%
C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.	64,5%
C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	87,1%
C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.	90,3%
D6. Respostas não punitivas aos erros	19,4%
A8. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles.	22,6%
A12. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	45,2%
A16. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais.	9,7%
D7. Adequação de profissionais	58,1%
A2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho.	77,4%
A5. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.	48,4%
A7. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.	58,1%
A14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido.	48,4%
D8. Apoio da gestão para a segurança do paciente	63,7%
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	93,6%
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade.	93,6%
F9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	67,7%

D9. Trabalho em equipe entre as unidades	60,5%
F2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.	41,9%
F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	74,2%
F6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital.	48,4%
F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.	77,4%
D10. Passagem de plantão ou de turno/ transferências	52,4%
F3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.	51,6%
F5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.	48,4%
F7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	32,3%
F11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	77,4%
D11. Frequência de relato de eventos	58,1%
D1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?	74,2%
D2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?	77,4%
D3. Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?	80,7%
D12. Percepção geral da segurança do paciente	50,8%
A10. É apenas por acaso, que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui.	48,4%
A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	38,7%
A17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	51,6%
A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	64,5%

Fonte: Elaborado pela autora.

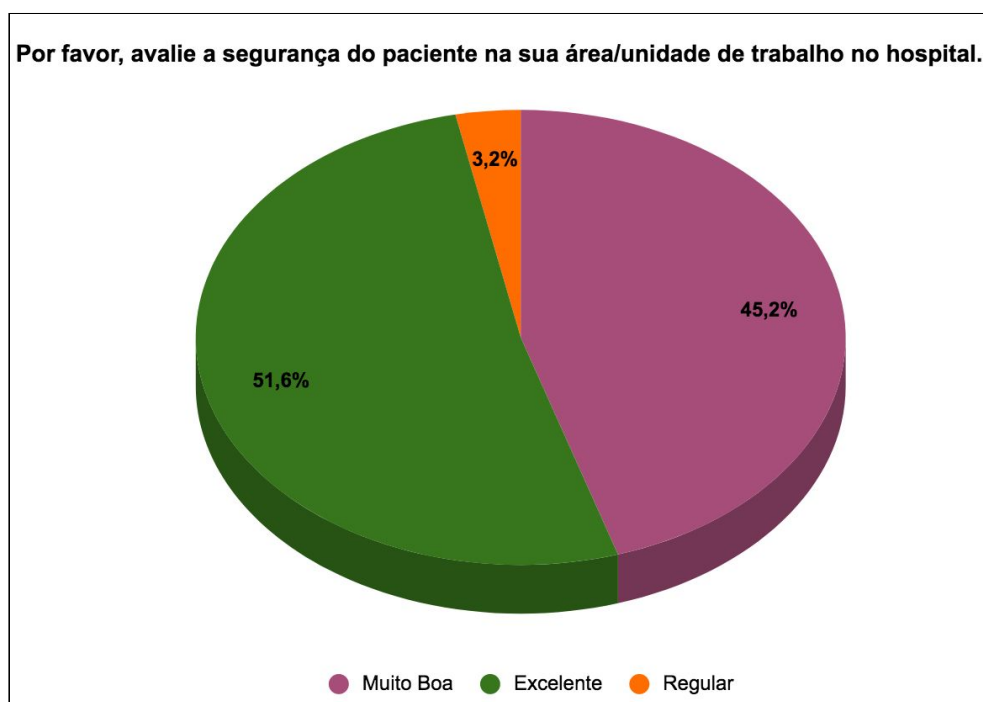
A dimensão “apoio da gestão para a segurança do paciente” é a primeira relacionada ao nível hospitalar, seus itens “A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente” e “As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade” obtiveram 93,6% de retornos positivos. Contudo, tanto em “trabalho em equipe entre as unidades” como em “passagem de plantão/turno e transferências”, as outras duas dimensões à nível hospitalar, dois dos quatro elementos que as compõem receberam percentuais inferiores a 50% (Tabela 3).

Com relação às dimensões a nível de cultura de segurança do paciente, a disposição “Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?” pertencente a dimensão “Frequência de relato de eventos”, recebeu 80,7% de respostas positivas, ilustrando que sempre ou quase sempre os profissionais relatam erros que poderiam, mas não causaram, dano (Tabela 3).

A dimensão “Percepção geral da segurança do paciente” adquiriu percentual de 50,8% de resultados positivos, mantendo-se como uma área frágil. Sua disposição “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída” foi a que mais recebeu respostas negativas comparada aos outros três elementos que a compõem (Tabela 3).

Quanto à avaliação da segurança do paciente em sua área de atuação dentro do hospital, a maioria dos participantes, 16 (51,6%) a qualificou como excelente e 14 (45,2%) como muito boa, bem como ilustrado na Figura 2.

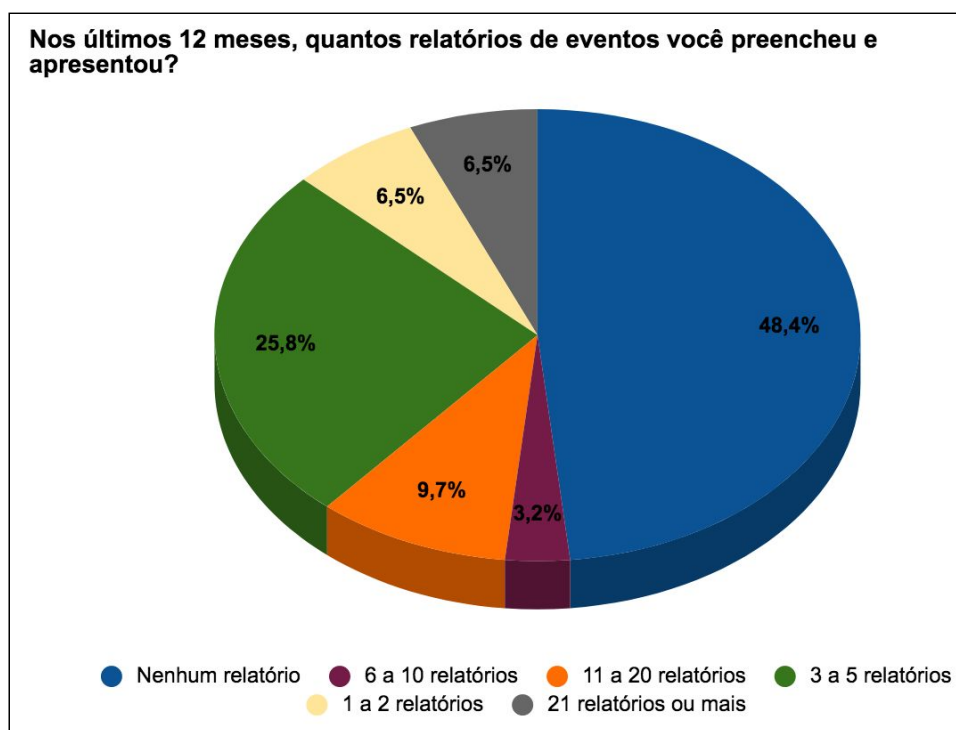
Figura 2: Avaliação da segurança do paciente pelos profissionais na área de trabalho do hospital. Brasília, DF, Brasil. 2020.



Fonte: Elaborado pela autora.

Acerca da notificação de eventos adversos, questionou-se aos respondentes a respeito da quantidade de relatórios de eventos que foram preenchidos e encaminhados por eles nos últimos 12 meses, houve superioridade dos que assumiram não realizar o preenchimento de nenhum relatório, sendo eles 15 (48,4%) dos participantes; ademais 8 (25,8%) preencheram de 3 a 5; e 3 (9,7%) enviaram de 11 a 20 relatórios no último ano, conforme Figura 3.

Figura 3: Quantidade de eventos relatados nos últimos 12 meses pelos profissionais. Brasília, DF, Brasil. 2020.



Fonte: Elaborado pela autora.

4. Discussão

Predominou neste estudo a participação de profissionais do sexo feminino, ocorrência justificada devido a uma questão cultural, na qual a Enfermagem conservasse como uma categoria profissional com maior contingente de mulheres (REIS, 2013).

Entre os respondentes, prevalece a equipe técnica de enfermagem, o que pode ser explicado pela maior necessidade dessa categoria para assistência dos pacientes internados, tendo em vista que estes colaboradores estão na linha de frente do atendimento. Estudo realizado em Minas Gerais, também obteve uma elevada participação deste grupo

profissional, 69,2%, quando avaliada a segurança do paciente em clínica médica e cirúrgica de um hospital de ensino (BARBOSA *et al.*, 2016).

No tocante a participação dos enfermeiros, esta categoria foi a segunda maior presente no estudo. Constatou-se que o estabelecimento de uma cultura de segurança forte está diretamente vinculado a associação destes profissionais no processo de multiplicação dos protocolos institucionais, treinamento das equipes e notificação de agravos, o que justifica-se devido ao relevante papel de liderança e gestão executado por estes colaboradores, e sua atuação direta com o paciente e demais equipes atuantes nas unidades de internação (DIRIK; INTEPELER, 2017).

Em relação a capacitação profissional, verifica-se como um ponto positivo que os participantes, em sua maioria, busquem um aperfeiçoamento contínuo de suas habilidades através da pós graduação. De acordo com Cruz *et al* (2018), tal realidade, proporciona o desenvolvimento do conhecimento teórico, bem como de sua aplicação na prática profissional, o que aumenta a segurança e contribui gradualmente para uma assistência de qualidade.

Quanto a carga horária, predominaram os profissionais que cumprem de 40 a 59 horas semanais. É relevante que se observe a ocorrência de prolongados turnos de serviço entre as equipes, tendo em vista que extensos períodos de trabalho estão diretamente associados ao aumento de estresse ocupacional, ponto que torna-se negativo para um ambiente seguro e a comunicação adequada entre os profissionais (MUNHOZ *et al.*, 2018).

Prevaleceram os respondentes com vínculo à empresa inferior a 1 ano, este indicativo está associado a rotatividade dos funcionários na instituição, tal ocorrência, se elevada, pode prejudicar a continuidade do serviço, além de majorar a responsabilidade dos colaboradores com maior tempo de vínculo institucional, aos quais são atribuídos o treinamento e integração dos novos contratados (REIS, 2013).

Segundo Lemos, *et al* (2018), observa-se o trabalho em equipe como característica essencial ao estabelecimento de uma assistência segura e contínua ao paciente, tendo em vista que o serviço hospitalar ocorre durante 24 horas ininterruptas. Deste modo, os colaboradores devem ser encorajados a desenvolver uma convivência respeitosa e um sistema de apoio mútuo, o que foi avaliado como ponto positivo nesta pesquisa, tendo em vista que a maioria dos participantes concordaram fazer parte de uma unidade em que as pessoas se tratam com respeito.

Verificou-se como área mais forte da CSP, no presente estudo, a percepção positiva dos respondentes quanto a atuação dos gestores das unidades, pauta analisada nos itens pertencentes a D2 da tabela 3.

O papel dos supervisores inclui a promoção de medidas como a aplicação de feedbacks positivos à sua equipe quando realizadas ações contribuintes com a CSP, bem como uma escuta ativa das sugestões e críticas apresentadas pelos colaboradores, em conjunto com a realização de uma devolutiva referente às mesmas, como também, a utilização de tempo para solucionar as demandas relativas à problemas de SP (LEMOS *et al.*, 2018).

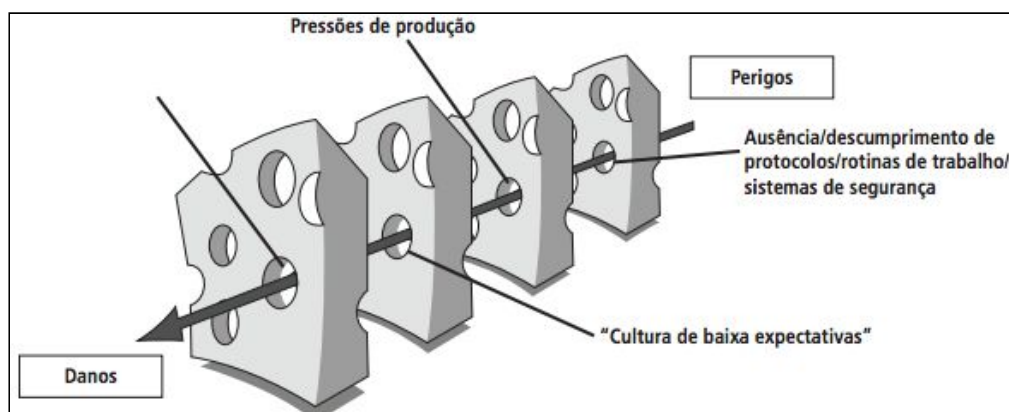
De acordo com Barbosa *et al* (2016), a execução de ações em conformidade com as citadas acima, comprovam aos funcionários o comprometimento dos seus supervisores com a construção da CSP, desencorajando a prática meramente mecânica dos protocolos institucionais, e proporcionando um relacionamento no qual há abertura para a comunicação de falhas, sem medo de penalização.

Houve alta porcentagem de respostas positivas ao item referente a prática ativa de novas estratégias para melhoria da SP, demonstrando uma postura receptiva e proativa da equipe a aperfeiçoamentos e a preocupação com a qualidade da assistência fornecida. Em um hospital de ensino localizado em Curitiba, obteve-se um score de 82,9% de resultados positivos nesta mesma área, apesar do local apresentar baixa na equipe e uma cultura institucional que penaliza os erros, fatores que podem ser prejudiciais para a CSP (CRUZ *et al.*, 2018).

Observou-se a D6, como dimensão mais frágil na presente pesquisa, o que converge com o resultado encontrado em outro trabalho no qual esta área foi reconhecida como a mais frágil em todas as unidades de terapia intensiva avaliadas por Santiago e Turrini (2015) em um hospital da região de Sumaré, São Paulo, obtendo um percentual geral de respostas positivas de 29,6%.

Os dados encontrados na dimensão supracitada justificam-se por uma percepção de que erros ocorrem devido a algum fator relacionado aos aspectos pessoais dos profissionais de saúde, quando na verdade as falhas associam-se, em sua maioria, aos processos institucionais, a fatores físicos, estruturais e técnicos, e são caracterizadas como consecutivas e lineares, o que é ilustrado através da Teoria de Reason, também conhecida como Modelo do Queijo Suíço – Figura 4 – (SOARES *et al.*, 2019).

Figura 4: Modelo do Queijo Suíço.



Fonte: Brasil (2016).

Compreende-se que a construção da CSP é um processo longo e envolve três aspectos: a transição da cultura de culpa para uma **cultura justa**, caracterizada pela concordância entre pessoas de uma mesma instituição quanto às práticas aceitáveis e inaceitáveis (SANTIAGO; TURRINI, 2015); o desenvolvimento da **cultura de notificação de incidentes**, compreendida como aquela em que a comunicação é valorizada, bem como a notificação de falhas e agravos a fim de promover um clima de confiança para a resolução de problemas (CORONA; PENICHE, 2015); por fim, o estabelecimento da **cultura de aprendizagem**, na qual os colaboradores podem aprender em conjunto através de ocorrências passadas visando evitar riscos futuros (LEMOS *et al.*, 2018).

Equipes nas quais a cultura de aprendizagem está estabelecida, possuem clareza quanto a relevância da notificação de EAs como uma estratégia para identificação de áreas frágeis e melhoria das mesmas (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2018). Todavia, de acordo com Cruz *et al* (2018), a perspectiva de culpabilização ainda é comum às instituições, o que potencializa a subnotificação de EAs e erros médicos, bem como prejudica a comunicação entre os profissionais.

Houve acordo entre a maioria dos respondentes de que há apoio da gestão para promover um clima de trabalho que propicia segurança e valoriza a SP como prioridade. Conforme Barbosa *et al* (2016), um facilitador para a CSP é a confiança e apoio mútuo entre as chefias e os colaboradores, ao passo em que estes sentem-se confiantes para relatar dificuldades e falhas.

Algumas estratégias que favorecem a relação entre a supervisão e os funcionários incluem a ocorrência de reuniões mensais entre as equipes, nas quais os colaboradores podem conversar abertamente, expor críticas e elaborar propostas para melhorias; e a horizontalização das decisões, facilitando a comunicação e empoderando toda a equipe para a resolução de problemas comuns ao contexto geral da unidade (BOHRER *et al.*, 2016).

Em consonância com Netto e Severino (2016), uma equipe bem envolvida, coordenada e dinâmica é essencial para oferecer um cuidado individualizado e humanizado que evita expor os pacientes a riscos. Todavia, ao avaliar-se as D9 e D10, os resultados descritos na presente pesquisa, apontam uma queixa dos profissionais quanto a passagem de informações entre as áreas, assim como a confirmação de que muitas vezes é desagradável a comunicação com colaboradores de outros setores, além disso é salientado que há prejuízo ao cuidado quando os pacientes são transferidos de uma área à outra.

Estudo realizado por Tobias *et al* (2016) em hospital do centro-oeste brasileiro, encontrou dados positivos para a dimensão supracitada, tendo o trabalho entre as unidades como área de fortaleza na instituição avaliada.

Em contraponto, pesquisa comparativa entre hospital português e brasileiro elaborada por Fassarella *et al* (2018) verificou um índice de apenas 36% de respostas positivas para o hospital brasileiro e de 66% para o hospital português diante da avaliação das transferências internas.

Conforme Lemos *et al* (2018), o déficit na comunicação intersetorial potencializa a ocorrência de erros evitáveis em consequência da perda de informações cruciais a continuidade do tratamento.

De acordo com a RDC nº 36 de 2013, uma das atividades de responsabilidade do NSP é a elaboração de estratégias que promovam a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, sendo esta uma das 6 metas internacionais de SP.

Nogueira e Rodrigues (2015), apontam que uma CSP bem estabelecida está vinculada a um relacionamento multiprofissional equilibrado, com mútua confiança entre os profissionais, onde os erros são expostos para que haja mudança e evolução conjunta. Isto posto, torna-se necessário o envolvimento das chefias institucionais, visando aprimorar medidas para integração das equipes, produzindo um serviço eficaz e seguro. Bem como, setores que funcionam de modo coordenado e respeitam a diversidade tanto entre as

especialidades de uma mesma unidade, quanto entre colaboradores de áreas distintas (COSTA *et al.*, 2018).

Apesar do alto percentual de respostas positivas a todos os itens da dimensão “Frequência de relato de eventos”, gerando uma percepção assertiva quanto a comunicação de falhas, há contradição quando compara-se com o número de eventos relatados no último ano pelos profissionais individualmente, já que a maioria não realizou nenhum relatório. Situação semelhante foi observada em estudo realizado com enfermeiros de um hospital oncológico na Bahia, no qual houve 50,4% de respostas positivas para a mesma dimensão, sendo que 43,1% dos participantes igualmente não realizaram notificação de eventos nos últimos 12 meses (NEGRÃO *et al.*, 2020).

Ao avaliar o posicionamento da maior parte dos profissionais em não relatar nenhum evento nos últimos 12 meses, verifica-se uma adesão enfraquecida ao sistema de notificação de eventos, tal fato pode ser relacionado com o baixo resultado obtido na D6. Pode-se inferir que os participantes supõem que ao relatar falhas, estes serão penalizados, o que desencoraja o preenchimento dos relatórios de eventos adversos (NETTO; SEVERINO, 2016).

Quanto a avaliação da CSP pelos funcionários em sua área de trabalho, a maioria concordou em caracterizá-la como “Excelente”, porém tal percepção não está de acordo com o resultado encontrado em outros trabalhos do mesmo gênero (ANDRADE *et al.*, 2018).

5. Conclusão

Os resultados obtidos através deste estudo evidenciam uma CSP ainda enfraquecida, porém em fase de estruturação, sendo um alerta aos gestores e coordenadores a necessidade de encorajamento aos profissionais e do estabelecimento de novas estratégias que fortaleçam as dimensões com potencial para modificarem o quadro atual.

Verifica-se como primordial que sejam estabelecidas ações visando a melhoria do relacionamento tanto entre os profissionais de uma mesma equipe, quanto entre as equipes de unidades distintas, visando a estruturação de uma comunicação efetiva e da continuidade da assistência.

Torna-se imprescindível a realização de intervenções práticas a fim de mudarem a cultura punitiva frente aos erros e falhas presente na instituição, e a valorização a postura do profissional em relatar ocorrências, tendo elas gerado dano ou não ao paciente, com o intuito

de que ocorram frequentes revisões de protocolos institucionais e aperfeiçoamentos nas rotinas de trabalho, visando a diminuição de erros evitáveis decorrentes dos processos de cuidado.

Em suma, é vital que ocorra a aproximação entre gestores e funcionários, demonstrando a preocupação da supervisão/chefia com o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente solidificada na instituição.

Durante a realização do presente estudo constatou-se como limitações a baixa adesão ao preenchimento do questionário devido extensão do mesmo, bem como consequência o tamanho pequeno da amostra.

Ressalta-se a relevância de que se realizem estudos na área de segurança do paciente, objetivando a expansão da temática, a capacitação de profissionais neste domínio, bem como a identificação de fatores contribuintes para uma assistência de maior qualidade e segurança ao paciente e ao colaborador.

Referências

ALLUE, N. *et al.* Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. **Gaceta Sanitária**. Barcelona, v. 28, n. 1, p. 48-54, feb. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.06.004>

ANDRADE, L.E.A.L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 161-172, jan. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>

BARBOSA, M.H., *et al.* Clima de segurança do paciente em unidades de clínica médica e cirúrgica. **Revista Eletrônica De Enfermagem**. Goiás, v. 18, e1183, nov. 2016. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v18.39763>

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília, Anvisa, 2016. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6+-+Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c>>. Acesso em: 02 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, jul. 2013. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html> Acesso em: 17 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial da União, Brasília, abr. 2013. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em: 17 jul. 2020.

CORONA, A.R.P.D.; PENICHE, A.C.G. A Cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. **Revista SOBECC**. São Paulo, v. 20, n. 3, p. 179-185, jul-set. 2015. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/88>>. Acesso em: 02 jul. 2020.

COSTA, D.B. *et al.* Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 27, n. 3, e2670016, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>.

COSTA, N.N. *et al.* O retrato dos eventos adversos em uma clínica médica: análise de uma década. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 21, n. 5, p. 1-10, ago. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.45661>

CRUZ, E.D.A. *et al.* Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 23, n. 1, e50717, jan. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.50717>

CUNHA, M.R.P.D.; GUIRARDELLO, E.B. de. Patient Safety Climate in Healthcare Organizations: tradução e adaptação para a cultura brasileira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 39, e20180010, out. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180010>

DIRIK, H.F.; INTEPELER S.S. The work environment and empowerment as predictors of patient safety culture in Turkey. **Journal of nursing management**. Maryland, vol. 25, n.4, p. 256-265, maio. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12458>

DUARTE, S.C.M. *et al.* Patient safety: understanding human error in intensive nursing care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 52, e03406, jul. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017042203406>

FASSARELLA, C.S. *et al.* Evaluation of patient safety culture: comparative study in university hospitals. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 52, e03379, nov. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017033803379>

FORTE, E.C.N. *et al.* Posicionamento de gestores e lideranças de enfermagem diante dos erros divulgados na mídia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 39, e20180039, out. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180039>

LEMONS, G.C. *et al.* A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. Minas Gerais, v. 8, e2600, fev-jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2600>

MAIA, C.S. *et al.* Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 27, n. 2, e2017320, jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000200004>

MENDES, G.H.S.; MIRANDOLA, T.B.S. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. **Gestão e Produção**. São Carlos, v. 22, n. 3, p. 636-648, set. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-530X1226-14>

MUNHOZ, O.L. *et al.* Occupational stress and safety culture: trends for contribution and construction of knowledge in nursing. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**. São Paulo, v. 43, n. 2, p. 110-116, ago. 2018. DOI: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v43i2.991>

NEGRÃO, S.M.C. *et al.* Avaliação da prática de enfermagem na segurança do paciente oncológico. **Enfermagem em Foco**. Brasília, v. 10, n. 4, p. 136-142, fev. 2020. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2129>

NETTO, F.C.B; SEVERINO, F.G. Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino do ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza, v. 29, n. 3, p. 334-341, jul-set, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2016.p334>

NOGUEIRA, J.W.S; RODRIGUES, M.C.S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 20, n. 3, p. 636-640, set. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40016>

PERES, M.A. *et al.* Percepção de familiares e cuidadores quanto à segurança do paciente em unidades de internação pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 39, e2017-0195, set. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0195>

REIS C.T. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**. Rio de Janeiro, xiii, 203 f. Tese (Saúde Pública), abr. 2013. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>>. Acesso em: 02 jul. 2020.

ROMERO, M.P. *et al.* A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. **Revista Bioética**. Brasília, v. 26, n. 3, p. 333-342, dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263252>

SANTIAGO, T.H.R., TURRINI, R.N.T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 49, n. SPE, p. 123-130, dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>

SILVA-BATALHA, E.M.S. da; MELLEIRO, M.M. Patient safety culture in a teaching hospital: differences in perception existing in the different scenarios of this institution. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 432-441, jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>

SILVA, F.G.S. *et al.* Análise de eventos adversos em um centro cirúrgico ambulatorial. **Revista SOBECC**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 202-209, out-dez. 2015. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/91>>. Acesso em: 02 jul. 2020.

SOARES, E.A *et al.* Cultura de Segurança do Paciente e a Prática de Notificação de Eventos Adversos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. São Paulo, v. 36, n. 36, e1657, nov. 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1657.2019>

WEGNER, W. *et al.* Educação para cultura da segurança do paciente: implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, vol. 20, n.3, e20160068, jul-set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300212&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2020.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Cultura de segurança do paciente: uma avaliação da aplicação do instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) em unidades de internação.

Instituição dos/(as) pesquisadores(as): Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

Pesquisadora responsável: Profa. Mestre Cláudia Rodrigues Mafra

Pesquisadora assistente: Isabella Caroline Silva Cruz

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “Cultura de segurança do paciente: uma avaliação da aplicação do instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) em unidades de internação”. Abaixo estão contidas todas as informações importantes e necessárias para que você compreenda a respeito do que se trata este estudo. Sua contribuição será de muita importância para nós, porém lhe é permitido desistir a qualquer momento, não lhe causando prejuízo algum.

Solicitamos que antes que você decida fazer parte deste estudo, leia e compreenda as informações contidas neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E, posteriormente, caso decida participar por livre escolha, sua assinatura será solicitada e uma cópia lhe será entregue. Estamos a disposição a qualquer momento para que você faça perguntas sobre tudo o que não tiver compreendido (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

O objetivo geral deste estudo é analisar a cultura de segurança do paciente de acordo com a visão dos profissionais atuantes nas unidades de internação.

- A participação consiste em participar do preenchimento do instrumento HSOPSC.
- Não haverá outras formas de participação ou envolvimento nesta pesquisa.
- A pesquisa será executada em horário de trabalho, antecipadamente agendada com os gestores de cada unidade.

Riscos e benefícios

- Os autores do estudo expõe que a realização da pesquisa em questão pode gerar riscos de natureza psicológica decorrente de possível desconforto ao responder a questões sensíveis mas que será minimizado com esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa referente ao objetivo da mesma e o procedimentos de coleta de dados.
- Serão tomadas medidas preventivas, em relação a confidencialidade e anonimato dos participantes. Caso haja algum dano, direto ou indireto, decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo às disposições legais vigentes no Brasil.
- Os benefícios previstos, diretos ou indiretos, para a população estudada e a sociedade são os de colaborar para a compreensão da cultura de segurança do paciente existente entre as equipes profissionais em unidades de internação e favorecer as discussões em relação à cultura de segurança do paciente viabilizando a todos os profissionais a liberdade de expressar seus obstáculos e dúvidas.
- Medidas preventivas, em relação a confidencialidade e anonimato dos participantes serão tomadas durante e posterior à realização do estudo visando a diminuição de qualquer incômodo.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária, e caso não queira continuar não terá nenhum prejuízo.

- Você tem a liberdade de se retirar desta pesquisa a qualquer momento, solicitamos apenas que para isso entre em contato com um dos membros da equipe.
- Em concordância com as normas brasileiras de pesquisa em relação a participação de seres humanos, sua participação neste estudo não compreende nenhum tipo de compensação financeira.

Confidencialidade

- Os dados coletados através dessa pesquisa serão manuseados apenas pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- Os dados coletados e os questionários empregados, ficarão armazenados sob a incumbência da pesquisadora Isabella com a garantia de preservação do sigilo e confidencialidade, por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados desta pesquisa poderão ser expostos em congressos ou revistas científicas. Contudo, serão apresentados apenas os resultados catalogados como um todo, sem exibir sua identidade, a instituição a qual faz parte ou qualquer dado que seja referente a sua privacidade.

Caso haja alguma observação ou dúvida em relação às questões éticas do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, através do telefone 3966.1511 ou do e-mail cep.uniceub@uniceub.br.

Eu, _____
 RG _____, após obter esclarecimento a respeito dos objetivos da pesquisa e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer da mesma.

Solicitamos que preencha as duas cópias deste Termo de Consentimento, sendo que uma será armazenada em posse das pesquisadoras, e a segunda pertence ao senhor (a).

Brasília, ____ de _____ de _____.

Participante

Profa. Cláudia Rodrigues Mafra
claudiar.mafra@gmail.com

Isabella Caroline Silva Cruz
isabella.cruz@sempreceub.com

Endereço dos (as) responsável (eis) pela pesquisa:

Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Endereço: SEPN 707/907 – CEP 70790-075 – Brasília-DF Complemento: Bloco 9 Bairro: Asa Norte

Telefones p/contato: **(61) 3966-1474**

ANEXO 1
CARTA DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB



Continuação do Parecer: 3.704.330

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1449852.pdf	18/10/2019 07:04:03		Aceito
Outros	Lattes.pdf	17/10/2019 23:33:56	ISABELLA CAROLINE SILVA	Aceito
Outros	Curriculo.pdf	17/10/2019 23:31:02	ISABELLA CAROLINE SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	17/10/2019 23:27:28	ISABELLA CAROLINE SILVA CRUZ	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	17/10/2019 23:20:43	ISABELLA CAROLINE SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTCC.pdf	11/10/2019 14:45:35	ISABELLA CAROLINE SILVA CRUZ	Aceito
Outros	HSOPSC.pdf	10/10/2019 11:17:11	ISABELLA CAROLINE SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/10/2019 11:13:30	ISABELLA CAROLINE SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	10/10/2019 11:12:42	ISABELLA CAROLINE SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aceite.pdf	10/10/2019 11:07:24	ISABELLA CAROLINE SILVA CRUZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 13 de Novembro de 2019

Assinado por:

Marília de Queiroz Dias Jacome
(Coordenador(a))

ANEXO 2

INSTRUMENTO COLETA DE DADOS - HSOPSC

Instruções

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

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

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

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

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

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

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

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

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

8. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. É apenas por acaso, que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais.					
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

SEÇÃO C: Comunicação

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

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

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

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	B	C	D	E
Excelente	Muito boa	Regular	Ruim	Muito Ruim

SEÇÃO F: O seu hospital

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

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

6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independentedovínculo empregatício) de outras unidades do hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO G: Número de eventos relatados

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você preencheu e apresentou?

- a. Nenhum relatório d. 6 a 10 relatórios
- b. 1 a 2 relatórios e. 11 a 20 relatórios
- c. 3 a 5 relatórios f. 21 relatórios ou mais

SEÇÃO H: Informações gerais

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

1. **Há quanto tempo você trabalha neste hospital?**
 - a. Menos de 1 ano
 - b. 1 a 5 anos
 - c. 6 a 10 anos
 - d. 11 a 15 anos
 - e. 16 a 20 anos
 - f. 21 anos ou mais
2. **Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?**
 - a. Menos de 1 ano
 - b. 1 a 5 anos
 - c. 6 a 10 anos
 - d. 11 a 15 anos
 - e. 16 a 20 anos
 - f. 21 anos ou mais
3. **Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?**
 - a. Menos de 20 horas por semana
 - b. 20 a 39 horas por semana
 - c. 40 a 59 horas por semana
 - d. 60 a 79 horas por semana
 - e. 80 a 99 horas por semana
 - f. 100 horas por semana ou mais
4. **Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.**
 - a. Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente
 - b. Médico Residente/ Médico em Treinamento
 - c. Enfermeiro
 - d. Técnico de Enfermagem
 - e. Auxiliar de Enfermagem
 - f. Farmacêutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico
 - g. Odontólogo
 - h. Nutricionista
 - i. Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo
 - j. Psicólogo
 - k. Assistente Social
 - l. Técnico (por exemplo, ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)
 - m. Administração/Direção
 - n. Auxiliar Administrativo/Secretário

- o. Outro, especifique _____
5. **No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes?**
- a. SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes.
- b. NÃO, em geral NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes.
6. **Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual?**
_____ anos.
7. **Qual o seu grau de instrução:**
- a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto e. Ensino Superior Incompleto
- b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo f. Ensino Superior Completo
- c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto g. Pós-graduação (Nível Especialização)
- d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo h. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)
8. **Qual a sua idade?** _____ anos.
9. **Indique o seu sexo:**
- a. Feminino
- b. Masculino

SEÇÃO I: Seus comentários

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

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.