



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA**  
Curso de Mestrado em Gestão em Unidade de Cuidados

**Perceção do Enfermeiro sobre o clima de segurança do paciente  
em contextos clínicos**

**Kamyla Miranda Nogueira Cobo**

Coimbra, Maio de 2024



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA**  
Curso de Mestrado em Gestão em Unida de de Cuidados

**Perceção do Enfermeiro sobre o clima de segurança do paciente  
em contextos clínicos**

**Kamyla Miranda Nogueira Cobo**

**Orientador: Professor Doutor António Fernando Salgueiro do Amaral, Coordenador  
do Curso de Mestrado Esenfç**

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de Especialização em Gestão em Unidades de Cuidados.

Coimbra, Maio de 2024

*“Os sonhos não determinam o lugar em que você vai estar, mas produzem a força necessária para o tirar do lugar em que está.”*

*Augusto Cury*

*Aos meus pais*  
*Ao meu marido e filho*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus por me ter mantido na trilha certa durante a realização do Mestrado, dado perseverança e sabedoria para chegar até ao final, e a oportunidade em concretizar o projeto.

Gratidão à minha família, esposo Leandro Cobo, meu filho Leonardo Cobo, pelo apoio, paciência, compreensão, e por estarem ao meu lado em momentos difíceis, porém acreditando sempre na concretização deste projeto. À minha mãe Janilda de Miranda Casemiro e ao meu padrao Roberto Casemiro por todos os conselhos, incentivos e direcionamentos.

Aos colegas que me acolheram em Portugal em todo o período da minha permanência de dois anos, onde fui apresentada a essa Cultura tão rica e repleta de história viva.

Agradecer à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e a todos os Professores do meu Curso pela elevada qualidade de ensino oferecido, que me proporcionaram desenvolvimento de competências e estruturação para a construção de trabalhos desenvolvidos, sendo ímpar e fundamental para crescimento e amadurecimento, tanto pessoal como académicos.

Deixo um agradecimento, em especial ao meu orientador Professor e Doutor António Fernando Amaral, pelo incentivo e dedicação do seu escasso tempo ao meu projeto e contributo para a conclusão.

À Professora Doutora Rhanna Carvalho, por autorizar a utilização deste instrumento de recolha de dados.

À Direção do Hospital, pela autorização facultada, permitindo a realização do projeto.

A todos os Enfermeiros que participaram no preenchimento do Questionário, fazendo possível a consolidação deste trabalho.

E, ainda aos amigos que, de perto ou distantes, estiveram envolvidos em todo esse processo, registo uma palavra de conforto e os meus sinceros agradecimentos.

Gratidão!

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**ANOVA** - Modelo de Análise de Variância

**CBA** - Consórcio Brasileiro de Acreditação

**CCHSCA** - Canadian Council on Healthcare Services Accreditation

**CEP** - Comitê de Ensino e Pesquisa

**CONEP** - Comissão Nacional de Ensino em Pesquisa

**COREN** - Conselho Regional de Enfermagem

**COFEN** - Conselho Federal de Enfermagem

**CS** - Cultura de Segurança

**EA** - Eventos Adversos

**IOM** - Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América

**JCI** - Joint Commission International

**MS** - Ministério da Saúde

**NHS** - Serviço Nacional de Saúde

**NPSA** - Agência Nacional de Segurança do Paciente

**ONA** - Organização Nacional de Acreditação

**OMS** - **Organização** Mundial da Saúde

**PNSP** - Programa Nacional de Segurança do Paciente

**RDC** - Resolução de Diretoria Colegiada

**SAQ** - **Safety** Attitudes Questionnaire

**SNS** - Sistema Nacional de Saúde

**TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UTI** - Unidade de Terapia Intensiva

**WOH** - Organização Mundial da Saúde

## RESUMO

**Introdução:** A segurança do paciente está relacionada à qualidade da assistência e ao clima organizacional, tendo como objetivo a prevenção de eventos adversos, mitigando danos ao usuário. **Objetivo:** Avaliar a percepção do Enfermeiro sobre o clima de segurança do paciente numa Organização Hospitalar privada. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, que teve a participação de 43 profissionais da Enfermagem. O instrumento aplicado foi *Safety Attitudes Questionnaire*, de 41 questões com 6 domínios. **Resultados:** Os dados foram analisados através da estatística descritiva inferencial. O instrumento mostrou-se confiável com o valor total de  $\alpha$  de cronbach de 0,87, com variação entre 0,86 e 0,88. A predominância foi do gênero feminino (88%), com tempo de atuação no Serviço de 5 a 10 anos uma prevalência de 49%. A faixa etária de 29 a 39 anos, correspondeu ao total de 65%. O domínio com maior média foi a satisfação no trabalho com 79,2 (dp=15,9), e o com menor média foi o domínio relacionado nas condições de trabalho com média de 59,3 (dp=18,8). **Conclusão:** Os dados evidenciaram maior vulnerabilidade relacionada às condições de trabalho, seguida do reconhecimento de estresse e da atuação da gestão, face à qualidade do cuidado prestado. Diante do resultado, a população demonstrou satisfação em trabalhar na Instituição.

É evidente a importante atuação da liderança na presença do factor recurso humano e à Cultura Organizacional institucional, trabalhando valores e políticas institucionais, proporcionando mudanças no comportamento e ambiente seguro, beneficiando, assim, a população e as organizações.

**Palavras-Chave:** Clima de Segurança. Segurança do Paciente. Cultura Organizacional.

## ABSTRACT

**Introduction:** Patient safety is related to the quality of care and the organizational climate, with the objective of preventing adverse events, mitigating harm to the user. **Objective:** To evaluate the perception of nursing about the patient safety climate in a private hospital organization. **Method:** This is a quantitative, descriptive study, which had the participation of 43 nursing professionals. The instrument applied was the Safety Attitudes Questionnaire, with 41 questions and 6 domains. **Results:** Data were analyzed using inferential descriptive statistics. The instrument proved to be reliable with a total value of Cronbach's  $\alpha$  of 0.87, with a variation between 0.86 and 0.88. The predominance was female (88%), with time working in the service from 5 to 10 years, a prevalence of 49%. The age group from 29 to 39 years old corresponded to a total of 65%. The domain with the highest average was Job Satisfaction with 79.2 (SD=15.9) and the one with the lowest average was the domain related to Working Conditions with an average of 59.3 (SD=18.8). **Conclusion:** The data showed greater vulnerabilities related to working conditions, followed by the recognition of stress and the performance of management regarding the quality of care provided. In view of the result, the population demonstrates satisfaction in working at the institution. Evidencing the important role of leadership in relation to human resources and the institutional organizational culture, working on institutional values and policies, providing changes in behavior and a safe environment, benefiting the population and organizations.

**Keywords:** Safety Climate, Patient Safety, Organizational Culture.



## ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1 - Teoria Queijo Suiço.....	10
Figura 2 - Modelo de acidente organizacional de Reason.....	11
Figura 3 - Pirâmide da qualidade nos cuidados de saúde.....	13
Figura 4 - Modelo de avaliação do cuidado em saúde.....	14
Figura 5 - Evolução da segurança na aviação civil.....	21
Figura 6 - Conceito de Cultura de segurança e seus elementos .....	22
Figura 7 Proposta metodológica.....	27

## ÍNDICE DE QUADROS

Pág.

Quadro 1 - Domínios do Safety Attitudes Questionnaire.....	12
Quadro 2 - Operacionalização da pesquisa .....	33
Quadro 3 - Relação de pontos.....	35
Quadro 4 - Instrumento da pesquisa - SAQ.....	36/37
Quadro 5 - Definição dos Domínios do SAQ adaptada para o Brasil.....	37
Quadro 6 - Valores de referência Alpha de Cronbach - Interpretação .....	38
Quadro 7 - Resultado Alfa de Cronbach do inquérito.....	39

## ÍNDICE DE TABELAS

Pág.

Tabela 1 - Distribuição dos Fatores Qualitativos.....	<b>43</b>
Tabela 2 - Descritiva Completa dos Escores de SAQ, Maringá, Brasil, 2021.....	<b>44</b>
Tabela 3 - Compara “Função” para Escores do SAQ, Maringá, Brasil, 2021.....	<b>46/47</b>
Tabela 5 - Distribuição da Frequência Relativa por Questão do SAQ.....	<b>48/49/50</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1 - Gênero.....	45
Gráfico 2 - Faixa Etária.....	45

## Sumário

	<b>Pág.</b>
Introdução.....	1
<b>CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>4</b>
1.Cultura Organizacional.....	5
2.O impacto da cultura de segurança nas instituições de saúde .....	18
3. O papel da enfermagem na cultura de segurança .....	23
<b>CAPÍTULO II - TRABALHO EMPÍRICO .....</b>	<b>26</b>
4. Metodologia .....	27
4.1 Tipo de Estudo.....	28
4.2 Finalidade e Objetivo .....	28
4.3 Amostra.....	32
4.5 Instrumento de Recolha de Dados .....	34
4.6 Consistência Interna do Questionário e Escalas.....	37
4.7 Procedimentos Formais e Éticos .....	40
<b>CAPÍTULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>41</b>
5. Análise e Discussão dos Dados.....	42
5.1 Limitações do Estudo.....	53
5.2 Sugestões Para Estudos Futuros .....	53
<b>CAPÍTULO IV – CONCLUSÃO .....</b>	<b>54</b>
Conclusão.....	55
Considerações Finais .....	57
Referências Bibliográficas .....	59
<b>ANEXO I – Autorização uso do Instrumento .....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO II – Instrumento de Recolha de Dados .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO III - Autorização do Hospital.....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO IV – Autorização da Comissão de Ética .....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO V – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>80</b>

## **Introdução**

O Conceito de Cultura de Segurança teve início após um acidente nuclear numa Usina de Chernobyl a 26 de abril de 1986, como sendo um conjunto de características e atitudes das Organizações e dos indivíduos que garantem a segurança de um processo se, corretamente, seguido. Porém, mesmo com muitas pesquisas, não se tem uma definição exata, ficando em aberto algumas interpretações. (Gonçalves, Andrade & Marinho citam Guldenmund (2000), Reason (1997), Houdhry, Fang & Mohamed (2007).

Na actualidade, a segurança do paciente é um dos assuntos mais discutidos no mundo, tanto na esfera assistencial quanto pelos Administradores dos Serviços de Saúde. A segurança dos cuidados prestados está atrelada/sujeita aos eventos adversos ocorridos nas Organizações onde os serviços são prestados. Os erros não se relacionam com a doença de base e sim com a assistência prestada no momento da passagem do paciente por este Serviço de Saúde, resultando em danos muitas vezes irreversíveis, como por exemplos: infecção, administração incorreta de medicamentos, cirurgia realizada em local errado, queda, lesão por pressão (Vitório, 2020). O processo de identificação do paciente - que vem sendo apontado como um fator preocupante na assistência à saúde -, revela que a identificação incorreta induz a uma série de eventos adversos ou erros, envolvendo administração incorreta de medicamentos e hemocomponentes, a realização de procedimentos ou cirurgias e os exames laboratoriais e radiológicos, como também a entrega de recém-nascidos às famílias erradas (Perry, 2007; Tase, Lourenção, Bianchini & Tronchin, 2013).

Um estudo realizado em Boston relacionado a cuidados em saúde inseguros, evidenciou que ocorreram cerca de 421 milhões de hospitalizações no mundo a cada ano, com, aproximadamente, 42.7 milhões de eventos adversos relacionados aos cuidados em saúde, e que esses eventos ocorreram em países de média a baixa rendas (Jha et al, 2013).

Segundo Vries, Ramrattan, Smorenburg, Gouma & Boermeester (2008), em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso, e deste valor, 50% são evitáveis.

No Brasil, conforme RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 (Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), determinou a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos Serviços de Saúde. Instituição esta que tem a competência de analisar os dados relacionados a incidentes decorrentes da prestação do

Serviço em Saúde, assim como sua notificação no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), que pode resultar em danos ou não.

A Cultura de segurança do paciente segundo a Portaria MS/GM nº 529/2013 define como Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares. Priorizando assim a segurança acima de metas financeiras e operacionais, e encorajando e recompensando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados a segurança, e promovendo através das ocorrências o aprendizado organizacional.

A incidência de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde no Brasil é pouco investigada; porém, é obrigatória a notificação desde 2014 através do sistema NOTIVISA determinado pelo PNSP, sistema este que constitui uma fonte do Banco de Dados importante sobre quando, e onde, o paciente se encontra mais vulnerável, necessitando, deste modo, de medidas de segurança mais urgentes (Ministério da Saúde, 2014).

A motivação e inquietude para este Estudo está relacionada ao comportamento observado na assistência prestada ao paciente, perante a ausência no cumprimento de Protocolos de Segurança que proporcionam um efetivo padrão de atendimento, garantindo uma assistência segura.

Esta investigação converge para a relevância do tema sobre a Segurança do Paciente, podendo compreender os conceitos, eventos adversos, e danos enfrentados pelos pacientes em decorrência de fragilidades no cumprimento de cuidados padronizados, e, assim, definir estratégias para a implantação de melhorias voltadas para a consolidação da Cultura de Segurança.

A análise dos eventos pode ser detetada pelos pacientes, assim como os notificados pelos profissionais, podendo, deste modo, contribuir para um panorama mais completo de questões de segurança. Sendo prioridade conhecer a visão do paciente e dos seus familiares para ajudar estes a construir processos de cuidados centrados no paciente e melhorar o desempenho das equipas multidisciplinares e das Organizações (Vincent, Carthey, Macrae & Amalberti, 2017).

Diante deste contexto, estudos evidenciam que a Cultura de Segurança é crucial para o florescimento, o sucesso e o bom desempenho de uma Organização de Saúde, e que as atitudes e o comportamento dos indivíduos relativos à Cultura de Segurança se

desenvolvem e persistem. Os sistemas de gestão funcionarão melhor em Organizações que tenham desenvolvido uma maturidade da Cultura de Segurança (Gonçalves, Andrade & Marinho, 2011 cita Hopkins, 2005).

Este Estudo trata de uma investigação de abordagem descritiva, transversal, quantitativa, elegendo-se a seguinte questão de pesquisa: Qual a percepção dos Enfermeiros sobre o clima de segurança numa Instituição privada? Respondemos:- com o objetivo principal de avaliar a percepção dos Profissionais de Enfermagem nos contextos clínicos, utilizando o instrumento SAQ, validado e traduzido com confiabilidade para a língua Portuguesa do Brasil, a fim de conhecer fatores que podem ser trabalhados na Instituição de Saúde e nos Profissionais nela inseridos.

Através deste Estudo, permitiu-nos verificar que o clima de segurança está vinculado à qualidade e a comportamentos que nos podem levar a situações de insegurança nas práticas assistenciais de atendimento e na prestação do cuidar. Neste contexto, conhecendo as fragilidades, teremos a oportunidade em desenvolver estratégias voltadas para a melhoria dos processos de maneira planeada, como treinamentos de equipas, workshop sobre novas tecnologias, inovações, e melhorando as condições de trabalho, proporcionando, com efeito, um ambiente seguro e da melhor qualidade.



## **CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1. Cultura Organizacional

A Cultura Organizacional é um modelo de conjecturas básicas que um grupo de pessoas criou e desenvolveu para lidar com problemas de adaptação externa e integração interna que funcionavam muito bem, o suficiente para serem considerados válidos e ensionados a novos grupos de pessoas como forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a alguns problemas (Schein,1984). O termo cultura de segurança advem dessa definição, que apresenta forte influência sobre as atitudes e o comportamento dos indivíduos e dos grupos dentro das organizações. Assim sendo, a cultura de segurança influencia as atitudes e o comportamento dos indivíduos em relação à segurança no trabalho (Luz, 2003, citado por Teixeira & França (2013).

Neste capítulo será abordado o conceito de erros voltados para a assistência em saúde, e, com isso, compreender o surgimento do processo de segurança do paciente nas Organizações de Saúde.

O grande pensador Hipócrates, filósofo grego, considerado o “pai” da Medicina, e num contexto primário, com um pensamento muito à frente ao da época em que vivia, já ele dizia: *“Nunca causarei dano a ninguém”* que, passado um período, é traduzido como *“Primum non nocere”* ou *“primeiro não causar dano”*. Observamos que Hipócrates concordou que os atos assistenciais são passíveis de equívocos, identificando uma prioridade relacionada à Segurança do Paciente (Wachter,2013).

A Medicina é uma das profissões mais antigas do mundo, e a sua prática é também, igualmente, antiga. Na Roma antiga, o Código de Hamurabi da Babilônia do Séc. XVIII a.C., previa pena aos profissionais que cometiam erros por condutas que provocavam danos ou agravos à saúde e que poderiam ser evitadas, sendo obrigados a indenizar os pacientes (Moraes,2003; Undelsmann,2002).

Seguindo a trajetória histórica, e de acordo com Fragata (2011), na antiguidade as atividades exercidas na Medicina eram simples, de pouca eficácia e, dificilmente, provocavam danos colaterais. A assistência não era especializada, e, mesmo assim, não era permissivo errar. Com a evolução e os avanços no conhecimento e na tecnologia ocorreu um grande progresso, expandindo o nível de complexidade na assistência, e, com isso, a probabilidade de suceder erros, sendo adotadas condutas punitivas, identificando e apontando sempre o indivíduo responsável pelo engano.

Conforme Wachter (2010), Florence Nightingale (1863), no seu livro *Notes on Hospital*, diz: “*Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes*”. Precursora da Enfermagem, Nightingale possuía a mente aberta para a sua época - por apresentar conhecimentos vastos em ciências, matemática, literatura, artes, filosofia, história, política e economia -, constatou a existência de falhas nas condutas profissionais, e classificava como primordial a segurança dos doentes, conforme as consequências observadas.

No início dos anos 90, o *Institute of Medicine* (IOM), Instituto de Medicina dos Estados Unidos, revelou através de um Estudo “*To Err is Human: Building a Safer Health Care System*” ( Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais seguro) que a alta taxa de mortalidade nos hospitais dos Estados Unidos era decorrente de erros na assistência à saúde, com dados entre as 44.000 e 98.000 mortes/ano. Ao revelar que os eventos não ocorriam por responsabilidade direta de trabalhadores da saúde, não por desempenhar um trabalho ruim, mas sim pelo contexto sistêmico e organizacional em que o trabalhador estava inserido, evidenciando oportunidades de melhorias, permitindo redesenhar os processos de trabalho, e com isso, ganhar em segurança (Kohn, 2000).

Estudo realizado em 2004 direciona a informação sobre o eventos adversos, no sentido de que milhares de pessoas são vítimas de erros ocorridos em períodos de hospitalização que ocasionam óbitos, e que poderiam ser evitados. Essas situações podem ser cometidas por Profissionais de saúde, ou por processos defeituosos ou ineficientes nas Organizações de Saúde. Os chamados eventos adversos (EA) afetam a qualidade dos cuidados prestados, proporcionando desafios através de planejamento e gestão de estratégias a fim de reduzir erros e melhorar a qualidade e segurança do cuidar (Harrys, 2004).

Os paradigmas de que os seres humanos são infalíveis precisa ser quebrado, pois, segundo o relatório do IOM que, através de cálculos, o ônus gerado por eventos adversos evitáveis chegou a um gasto entre 17 a 29 bilhões de dólares dentro dos hospitais (Wachter, 2010).

O erro pode ser definido como um equívoco e a quebra de uma ação atribuída a falhas, não existindo uma falha única para um acidente e sim fatores humanos, sistêmicos ou organizacionais. A humanidade é caracterizada pela possibilidade de errar, pois recebemos informações e agimos com mecanismos de forma automática, sem pensar mediante atitudes diretas, chamadas de nível 1. Erros provenientes de escolhas erradas por destreza, decisão ou percepção, estão inseridos no nível 2 e nível 3 (Fragata, 2011).

Para a OMS (2004), a definição de erro trata-se de uma falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Para o autor James Reason (2000), desde a graduação se tem a idéia de que “bons profissionais da saúde não erram”, ou de que “basta ter atenção que não há erros”, deve-se levar em conta que errar é humano, não podendo criar Organizações de Saúde sem considerar que os Profissionais vão errar.

O que podemos observar é que, para que ocorra a mitigação dos EAs, é necessário consolidar um ambiente seguro, com ações padronizadas, ações fortalecidas de notificação dos eventos para se ter conhecimento sobre os erros e poder intervir, melhorando as ações continuamente evitando possíveis danos.

Com o objetivo de reduzir consequências negativas na assistência prestada e ampliar a efetividade das práticas seguras, as Instituições de Saúde estão investindo em ações de qualidade assistencial, buscando difundir uma Cultura de Segurança aos profissionais e Instituições. A Organização Mundial de Saúde - OMS (2004), em parceria com *Joint Commission International* (JCI), preconizam ações voltadas para a segurança que se definem em 6 metas de segurança, sendo voltadas para a identificação correta do paciente, comunicação efetiva, melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância, diminuição das taxas de erros relacionados a medicação, assegurar cirurgia com local correto de intervenção, procedimento correto e paciente correto, reduzir o risco de infecção associadas aos cuidados de saúde e reduzir o dano ao paciente decorrente de quedas.

No Brasil, o Ministério da Saúde possui o PNSP (Programa Nacional de Segurança do Paciente -2013), instituído pela Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013, que define a Cultura de Segurança e suas características proporcionando recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

O conceito de maturidade de Cultura de Segurança é algo novo, sendo necessário explorar seu potencial com a real finalidade de melhorar a segurança do trabalho nas organizações.

Conforme Wachter (2013), Segurança é uma subclasse da área da qualidade, cujo processo de mensuração se torna desafiador, pois depende da identificação de incidentes, cuja notificação declina sobre o profissional que executou o procedimento.

Para entendermos os mecanismos relacionados aos erros, encontramos na literatura estudos desenvolvidos por James Reason, psicólogo e professor da Universidade de Manchester, que tem como objetivo buscar o entendimento dos mecanismos do

comportamento humano na ocorrência do erro. Inicialmente, as teorias de análise de erros e incidentes eram direcionadas à área da aviação; posteriormente, às indústrias de grande porte, e mais, recentemente, a área da saúde desenvolveu essa relação à segurança do paciente (Fragata, 2011).

Através dos Estudos realizados pela OMS, encontraram-se resultados de que ocorrem cerca de 421 milhões de hospitalizações no mundo por ano, com cerca de 42,7 milhões de EA's relacionados ao cuidado em saúde, sendo que, um terço, ocorre em países de média e baixa renda/rendimento (Jha et al, 2013).

Zanette et al (2021) revelou em seu estudo dados importantes sobre EAs, que foram observados um total de 266 eventos adversos em 124 pacientes. A incidência de eventos adversos relacionados aos cuidados de saúde foi de 33,7% (IC 95% 0,29–0,39), esses eventos foram responsáveis por 701 dias adicionais de internação. Os tipos de eventos mais comuns foram relacionados a cuidados gerais (60;22,6%), medicamentos (50; 18,8%), infecção hospitalar (35; 13,2%), além disso, estimou-se que 155 (58,3%) eventos eram evitáveis. O tempo de internação do paciente foi identificado como fator de risco para ocorrência de eventos adversos (RR 1,20; IC 95% 1,04–1,39), ficando evidente através destes dados, o quanto é importante desenvolver um ambiente seguro, com a finalidade exclusiva de não causar danos e evitar gastos desnecessários.

No Brasil, um Estudo realizado pelos autores Maia, Freitas, Gallo & Araujo (2018), revelou que os óbitos decorrentes de eventos adversos representam 0,6% do total de eventos registados nos primeiros dois anos de obrigatoriedade do sistema de notificação de EA desenvolvido pelo Ministério da Saúde, trata-se da notificação no sistema NOTIVISA, relacionado ao PNSP.

Segundo a ANVISA (2021), o sistema NOTIVISA (Sistema específico para notificação de eventos adversos de uso obrigatório a partir de 2014), apresentou entre 2016 e 2021 uma notificação de EA em seu sistema com a maior parte dos óbitos de adultos e idosos que se encontravam hospitalizados no momento da ocorrência do evento, sendo os Estados de São Paulo, Paraná e Minas Gerais as regiões com o maior número de notificações, onde a principal causa dos eventos está relacionada com a falha durante a assistência.

Segundo um estudo desenvolvido em três Hospitais no Rio de Janeiro, os autores Travassos, Mendes, Martins & Rozenfeld (2009) descreve que a incidência de doentes acometidos por EA's foi de 7,6%, sendo que os eventos evitáveis foram em torno dos

66,7%. A Unidade de Internamento foi o local com maior frequência de EA's (48,5%), representando os EA's cirúrgicos o percentual de 35,2%.

Em Portugal, conforme estudo publicado, a taxa de incidência de EA foi de 11,1%, tendo como resultado o prolongamento do tempo de internamento para uma média de 10,7 dias com consequentes custos adicionais. Em outros Estudos semelhantes, estes resultados encontram correlação com outros países: (Canadá 7,5%, Inglaterra 10,8%, Espanha 9,3%, França 14,5%, Nova York 3,7%, e Suécia 12,3%, destacando apenas alguns). Outro aspecto importante a ter em atenção está relacionado a 53,2% EA's, considerados evitáveis, similar a Estudos realizados em outros países, tais como (Canadá 36,9%, Inglaterra 48%, Espanha 42,8%, França 27,7%, Nova York 27,6%, Suécia 70%), e com isso nos possibilita confiança em implantar soluções inovadoras de gestão de risco e ter ganhos positivos (Proqualis, 2019).

Um estudo relacionado a eventos adversos realizado em países estrangeiros por Voskanyan (2022), evidenciou que os eventos adversos são diagnosticados em 10,68% dos pacientes hospitalizados, sendo que 43,83% dos casos foram associados à cirurgia aberta e a parcela de eventos adversos evitáveis causados por fatores humanos é de 48,24%. O dano moderado desenvolveu-se em 31,80% dos casos.

James Reason, psicólogo e professor da Universidade de Manchester, desenvolveu uma teoria chamada de modelo "Queijo Suíço", conforme figura 2, que explica a origem das falhas, acidentes, desastres e fracassos em sistemas de organização complexa, sendo um modelo funcional para análise, gerenciamento e prevenção de risco. De maneira representativa, conforme ilustração na figura 3, existem as **falhas ativas** (erros cometidos por escolhas, como, por exemplo, a escolha de um Profissional em não utilizar o equipamento de proteção individual). Esses elementos não são perfeitos, pois contêm **falhas latentes** (falha incorporada no processo, como, por exemplo, uma agulha não conter dispositivo de segurança), representadas como "buracos" no queijo; e se essas fragilidades se alinharem em todas as fatias, com ausência de defesas, teremos oportunidades para a ocorrência de um acidente. Sustenta-se a teoria de que os acidentes são causados por pessoas boas trabalhando em maus sistemas, ou em Organizações mal desenhadas (Reason,1990).

Figura 1. Teoria Queijo Suíço



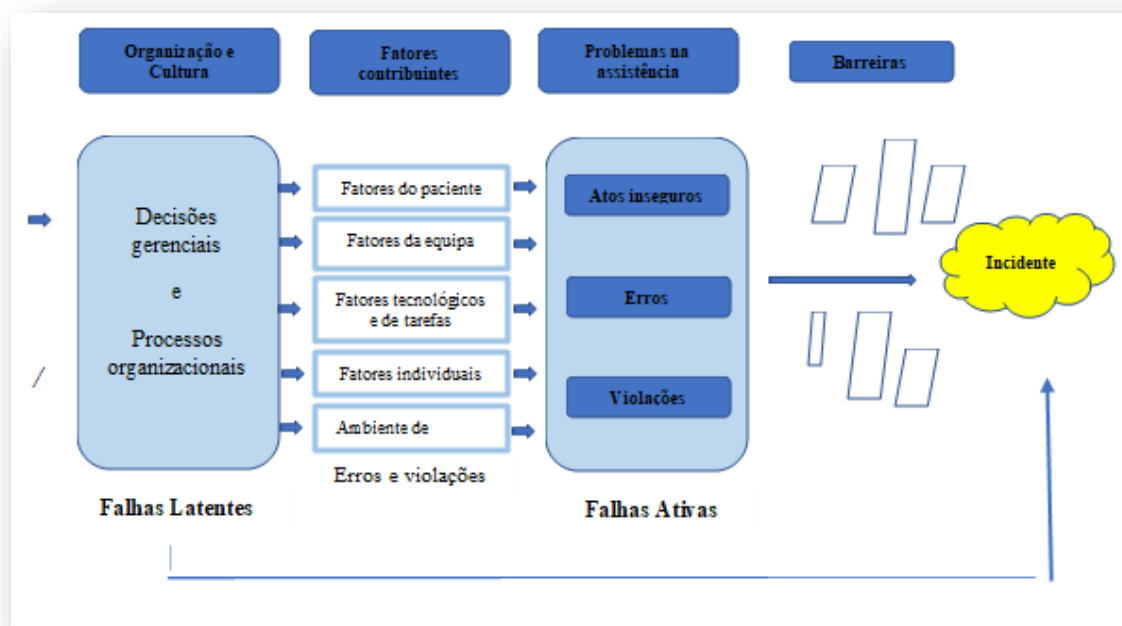
Fonte: Reason (1990).

É importante perceber que erros acontecem, devidos, principalmente, às problemáticas no Sistema Organizacional, e não somente por indivíduos se faz necessário identificar as fragilidades existentes nos processos, criando assim caminhos de maneira planeada e adotando medidas preventivas, pois reconhecer a real dimensão dos problemas é uma oportunidade única para aprimoramento da segurança do paciente (Reason, 1990).

Os autores Vincent, Adams & Stanhope (1998), fundamentados no modelo de causa de acidentes de Reason, desenvolveram um modelo adaptado para o cenário da Saúde, ferramenta essa que tem como finalidade auxiliar no entendimento dos vários fatores envolvidos na origem dos eventos adversos, e identificar métodos preventivos. Comparado ao modelo “Queijo Suíço” os autores incluem fatores contribuintes junto das informações de Reason, sendo esses fatores apresentados por ordem de importância. Os fatores relacionados ao doente são as condições de saúde, personalidade e fatores sociais, assim como a qualidade da comunicação da equipa com o doente. Os fatores relacionados à equipa envolve a estrutura daquela que deve ser multiprofissional, com a comunicação

verbal e escrita, a supervisão, e o treinamento de novos indivíduos. Os fatores tecnológicos e de tarefas relacionam-se com a capacidade dos Profissionais em usar protocolos, testar e validar resultados no contexto clínico. Enfatizando os autores que esses fatores afetam, diretamente, a qualidade do cuidado.

**Figura 2.** Modelo de Acidente Organizacional de Reason.



**Fonte:** Adaptação Vicent, Adams e Stanhope (1998).

Diante de toda a complexidade relacionada aos processos de segurança do paciente “versus danos”, pesquisadores detetaram a necessidade de elaborar um Questionário para mensurar o clima de segurança no Sector da Saúde, sendo desenvolvido o SAQ (Safety Attitudes Questionnaire) na Universidade do Texas, validado numa amostra de 10.843 participantes em 203 áreas, nomeadamente, nos países da Nova Zelândia, Reino Unido e EUA. Demonstrando elevadas propriedades psicométricas ( $\alpha=0,90$ ), permitiu a construção de seis domínios: Clima de segurança, Clima de trabalho em equipa, Satisfação no trabalho, Perceção da gerência sectorial e geral, Condições de trabalho e Reconhecimento do Stresse (Sexton et al.,2006).



**Quadro 1** - Domínio do Safety Attitudes Questionnaire

<b>Domínios do Safety Attitudes Questionnaire</b>	<b>Definição</b>
<b>Clima de Trabalho em Equipa</b>	Qualidade percebida de colaboração e relacionamento entre os profissionais de uma equipa.
<b>Clima de Segurança</b>	Perceção de compromisso da organização com a segurança do paciente.
<b>Satisfação no Trabalho</b>	Positividade do indivíduo quanto à sua experiência no local de trabalho.
<b>Reconhecimento do Stresse</b>	Reconhecimento da influência dos fatores stressores no desempenho do trabalho.
<b>Perceção de Gestão</b>	Aprovação das ações da gerência quanto à segurança do paciente.
<b>Condições de Trabalho</b>	Dimensionamento de equipe adequando e equipamentos e materias adequados para a prestação da assistência.

Fonte: Sexton et al., (2006).

O SAQ é um Questionário derivado do FMAQ (Questionário de Atitudes Gerenciais de Voo) que foi criado depois que pesquisadores descobriram que a maioria dos acidentes aéreos decorreram de falhas nas relações interpessoais, aspetos do desempenho da tripulação, como trabalho em equipa, falha de liderança, comunicação e tomada de decisão colaborativa, medindo esse Questionário as atitudes dos Tripulantes sobre esses tópicos (Sexton et al., 2006).

As atitudes dos Profissionais da Saúde estão relacionadas a fatores, anteriormente, descritos pelos autores Vincent, Adams & Stanhope (1998), e outros relacionados, são um componente da Cultura de Segurança de uma Organização. Organizações como JCI (Joint Commission International e outras Organizações de Acreditação), estão incentivando a medição da Cultura de Segurança, sendo está definida como “produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, que determinam o compromisso com o estilo e a proficiência de uma gestão de Saúde e Segurança da Organização (Sorra & Nieva, 2004).

A segurança do paciente apresenta grande escala de discussão em todo o mundo, pois trata de uma ação com o principal objetivo de impedir, precaver, e minimizar eventos

adversos, decorrentes da assistência à saúde (Bueno & Fassarella, 2012 citam Cassini, 2005).

Doravante, surgem diversos conceitos de qualidade em saúde relacionados com a prestação de cuidados e aos Serviços de Saúde. Segundo a autora Reis (2013), cita a definição da IOM (1990) para a qualidade do cuidado em saúde como o grau em que os serviços prestados diminuem a possibilidade de resultados prejudiciais e aumentam a possibilidade de resultados apropriados.

Segundo Fragata (2011), a qualidade na saúde, atualmente, define-se em uma pirâmide, conforme figura 4. Diante do fator qualidade, torna-se custosa a sua definição, conforme IOM (2001), sendo que a definição de qualidade nos cuidados de saúde engloba a mudança estável no estado de saúde, os métodos atuais de tratamento, a estrutura, a segurança (mitigação de eventos adversos) e os cuidados recebidos de acordo com as expectativas e centrado no doente, e estas incorporadas numa abordagem do tipo *scorecard*. Qualidade, portanto, representa efetividade, experiência do paciente, e segurança.

**Figura 3.** Pirâmide da Qualidade nos cuidados de Saúde.

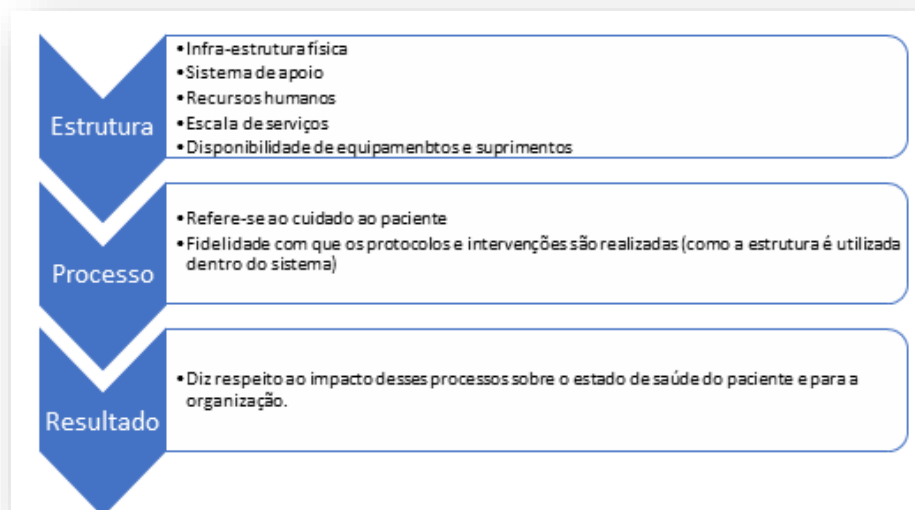


**Fonte:** Fragata (2011).

Assim sendo, a segurança do doente está relacionada à qualidade nos Serviços de Saúde, e vem gerando muitos debates nas Organizações de Saúde. O cuidado de saúde que antes, era simples, menos efetivo e mais seguro, com as evoluções passou a ser mais complexo, mais efetivo, e, altamente, mais perigoso (Chantler, 1999).

Pelo descrito na Figura 5, os fatores individuais dos Profissionais, como motivação, conhecimentos, habilidades, e saúde física e mental, assumem importante posição na hierarquia dos fatores contribuintes para os eventos adversos. E, por último, os fatores relacionados ao ambiente de trabalho relacionam-se com a carga de trabalho, dotação de pessoal, disponibilidade e manutenção de equipamentos, e apoio Administrativo e de Gestão (Vincent, Adams & Stanhope, 1998).

**Figura 4.** Modelo de avaliação do cuidado em saúde.



**Fonte:** Donabedian (1980).

Podemos constatar que as ações do cuidar desempenhadas pelos Profissionais da Saúde, geram situações passíveis da ocorrência de eventos que podem causar danos/prejuízos à

Sociedade, e diante destes fatores emerge a reflexão sobre a qualidade dos Serviços que vem de encontro aos processos descritos. Para o autor Donabedian (1980), citado por Reis (2013), qualidade é o julgamento a respeito do processo do cuidado, baseado na medida do quanto ele contribui para resultados desejáveis e positivos. Definiu o autor um modelo para avaliar o cuidado em saúde conhecido como tríade, envolvendo “Estrutura – Processo – Resultado”, como o citado na Figura acima.

Atualmente, existem Instituições que auxiliam nos processos de melhoria contínua, desenvolvendo protocolos específicos. No Brasil, para avaliar os processos de qualidade nas Instituições de Saúde, são estas Instituições acreditadas que incorporam uma metodologia de avaliação externa para determinar a conformidade com um conjunto de padrões pré- estabelecidos, onde são avaliados os recursos institucionais (as Estruturas, os Processos de cuidado e os Resultados obtidos). São três Instituições atuando como de plena confiança, sendo elas, como destacamos: a Organização Nacional de Acreditação (ONA), a Joint Commission International (JCI), representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), e a Canadian Council on Healthcare Services Accreditation (CCHSA), representada pelo Instituto Qualisa de Gestão (Ministério da Saúde, 2014).

A participação dos pacientes nesse processo de identificar e relatar o tipo e frequência dos eventos adversos ocorridos e, muitas vezes, não capturados pelos sistemas de informações, pode servir de base para a melhoria da qualidade do cuidado na saúde e tomada de decisão compartilhada (Villar, Duarte & Martins, 2018).

A participação de Órgãos de acreditação como, por exemplo, JCI (Joint Commission International), exige o cumprimento de metas de segurança categorizadas pela identificação correta do paciente, tornar a comunicação efetiva, melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância, assegurar cirurgia segura, com local e intervenção e paciente correto, reduzir o risco de infecção e risco de lesão ao paciente decorrente de quedas (JCI, 2020).

Em Portugal existe uma Norma regulamentada que avalia a Cultura de Segurança do doente nas Instituições Hospitalares, conforme o SNS (Sistema Nacional de Saúde) nos termos da alínea a) do nº 2, do artigo 2º, do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a DGS (Direção-Geral da Saúde), por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite, na área da qualidade Organizacional, um Questionário a preencher por todos os Profissionais e Colaboradores, sobre as seguintes dimensões:

- a) Trabalho em equipa;
- b) Expetativas do supervisor/gestor, e ações que promovam a segurança do doente;
- c) Apoio à segurança do doente pela gestão;
- d) Aprendizagem organizacional - melhoria contínua;
- e) Perceções gerais sobre a segurança do doente;
- f) Feedback e comunicação acerca do erro;
- g) Abertura na comunicação;
- h) Frequência da notificação;
- i) Trabalho entre as Unidades;
- j) Dotação de Profissionais;
- k) Transições;
- l) Resposta não punitiva ao erro.

A DGS disponibiliza Ficha de Inscrição devendo seguir o seguinte Calendário:

- a) Inscrição (janeiro-fevereiro);
- b) Resposta ao Questionário (março-abril);
- c) Análise e divulgação dos resultados institucionais (julho);
- d) Análise e divulgação dos resultados nacionais (novembro);
- e) Implementação de medidas de melhoria (ano seguinte ao da inscrição);
- f) Monitorização das medidas implementadas (ano seguinte ao da implementação de medidas da melhoria).

As indagações relacionadas à segurança do cuidado identificadas pelos pacientes constituem um amplo espectro de problemas voltados para erros de medicação, comunicação e coordenação do cuidado, infecções, atrasos no diagnóstico e no tratamento, falhas na colheita de sangue, procedimentos no paciente errado ou local errado do corpo, e mau funcionamento de equipamentos (Ward & Armitage, 2012).

As Metas Internacionais de Segurança do Paciente estabelecidas pela JCI, em parceria com a OMS e instituída pelo PNSP, através da Portaria 529/2013 do Ministério da Saúde - com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os

estabelecimentos de Saúde do território nacional, público ou privado, de acordo com prioridade dada à segurança em estabelecimentos de Saúde - promovem melhorias específicas na segurança do paciente por meio de estratégias que abordam aspectos controversos na assistência à saúde, apresentando soluções baseadas em evidências para esses problemas, sendo as seguintes metas expostas:

- 1 – Identificar os pacientes corretamente;
- 2 – Melhorar a comunicação efetiva;
- 3 – Melhorar a segurança de medicamentos de Alta Vigilância;
- 4 – Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;
- 5 – Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde;
- 6 – Reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas.

A Segurança do paciente é definida pela Organização Mundial de Saúde (2004) como a ausência de dano potencial ou desnecessário para o paciente, associado aos cuidados em saúde, e à capacidade de adaptação das Instituições de Saúde em relação aos riscos humanos e operacionais inerentes ao processo de trabalho.

Nomeadamente, falando sobre a meta de Segurança 1, que tem como objetivo garantir que ocorra o processo de identificação do paciente, tornando o seu cumprimento fundamental para a segurança da assistência prestada nas Organizações de Saúde. A instalação da pulseira de identificação, por exemplo, é uma prática utilizada pelos Profissionais nas Instituições de Saúde, contudo, fatores culturais, organizações individuais, contribuem para a ocorrência do não cumprimento e da não conformidade, ocasionando eventos adversos (Tase, Lourenção, Bianchini & Tronchin, 2013).

Os autores Chassin & Galvin (1998) especificam que a qualidade do cuidado é uma contrariedade e não o cuidado gerenciado. Os empenhos para melhorar não terão sucesso, a menos que empreendamos uma grande diligência sistemática para revisar a forma como prestamos serviços de saúde, educamos, e treinamos equipas multidisciplinares, e avaliamos e melhoramos a qualidade.

O autor Reis et al (1990) cita o autor Donabedian (1978) na sua proposta de avaliar a qualidade da assistência em saúde, tem como objetivo determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, desenvolvendo a liberdade de modo a impedir a

exploração ou a incompetência, e exercendo uma vigilância contínua, de tal forma, que os desvios dos padrões possam ser, precocemente, detetados e corrigidos.

A avaliação da qualidade do cuidado pode dar-se em três dos seus componentes: Estrutura, Processo e Resultado (Donabedian, citado por Reis et al, 1990):

- **Estrutura:** avalia a descrição das características das Instalações, medidas da Organização Administrativa, equipa médica disponível, adequação às normas vigentes, perfil dos Profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência.

- **Processo:** descreve as atividades do Serviço de Saúde, competências do Profissional relacionado ao tratamento, ou seja, observação direta da prática e os estudos baseados nos registos médicos.

- **Resultado:** descreve o estado de saúde do indivíduo como resultado da interação, ou não, com os Serviços de Saúde, medida do impacto das doenças sobre o comportamento do indivíduo.

O tema Cultura de Segurança Organizacional surgiu em 1986 em Chernobyl, local de instalação de uma Central Nuclear soviética, e que explodiu devido a uma sucessão de falhas grosseiras de segurança interna. Cultura esta que consiste num conjunto de perceções e de comportamentos de um grupo de pessoas ou Organizações, ao mesmo tempo que traduz os valores, atitudes, normas, crenças, práticas e políticas realizadas. Diante desta realidade, os autores Gonçalves, Andrade & Marinho (2011) citam o autor Flin (2000) que evidencia que a Cultura de Segurança se constitui numa ferramenta de gestão ao mensurar a perceção, as crenças e os valores dos indivíduos acerca do cuidado seguro.

## **2. O impacto da cultura de segurança nas instituições de saúde**

Segundo Chiavenato (2006), citado por Lima, Leucg & Buss (2017), o clima organizacional é um agente importante para as Organizações, pois ele influencia não somente o comportamento dos Colaboradores, mas também a produtividade institucional, visto que são geridas por pessoas, e cada uma com suas funções pré-estabelecidas com o objetivo de conseguir resultados. Está, inteiramente, interligado com a perceção de que o colaborador tem da Empresa, da sua cultura, e costumes, e essa perceção afeta o modo como ele irá agir de maneira positiva ou negativa dentro do seu ambiente de trabalho.

A Cultura de Segurança para a OMS (2009) é definida pela comunicação aberta, trabalho em equipa, reconhecimento de dependência mútua, do aprendizado contínuo a partir das notificações de eventos, e a importância da segurança como uma prioridade em todos os níveis da Organização.

Para Hopkins (2006), é por essa razão que o conceito de Cultura de Segurança tem recebido grande atenção, pois os Sistemas de Gestão funcionarão melhor em Organizações que tenham desenvolvido uma maturidade no processo de Cultura de Segurança.

Segundo Helmreich (2004), a Cultura de Segurança nos hospitais é compatível ao que se tem descrito para a aviação, onde existem camadas de Cultura da organização que reflete a abertura da comunicação, a adesão a regras e protocolos e a preocupação com a segurança, sendo que na Cultura profissional reflete a motivação para fazer bem, mas também a procura excessiva de autonomia, o ignorar do impacto da fadiga sobre a performance, como por exemplo.

O trabalho em equipa nas Organizações complexas, como na vertente da aviação, pode apresentar falhas e ter efeitos mortais. Sendo assim, a aviação determinou que as Tripulações de Voo e Cabina trabalhem juntas como uma equipa por meio do uso de procedimentos operacionais padrão (POPs) e treinamento formal em trabalho de equipa e comunicação, desenvolvendo assim suas habilidades técnicas (Helmreich,2004).

Os autores Cox & Cheyne (2000) valorizam o conceito de Cultura de Segurança porque os recentes Estudos sobre o tema revelam, para os gerentes e pesquisadores dessa área, que o conhecimento e o desenvolvimento de uma apropriada Cultura de Segurança são importantes, e podem ser usados como um veículo para promover melhoria da estrutura Organizacional para a segurança do trabalho.

Na aviação, por exemplo, conforme Figura 6, seguindo uma diretriz na linha do tempo para a evolução do conceito da segurança, ocorreu, primeiramente, o investimento na segurança técnica das máquinas, depois na formação individual dos pilotos, depois na Organização, e, mais, recentemente, na Cultura integrada de segurança, quer no ar, quer em terra. Sistema este que integra a política da Organização em matéria de segurança, a gestão, o planeamento e a implementação, a avaliação e as ações para a melhoria, tratando-se de um processo de gestão (Fragata, 2011).



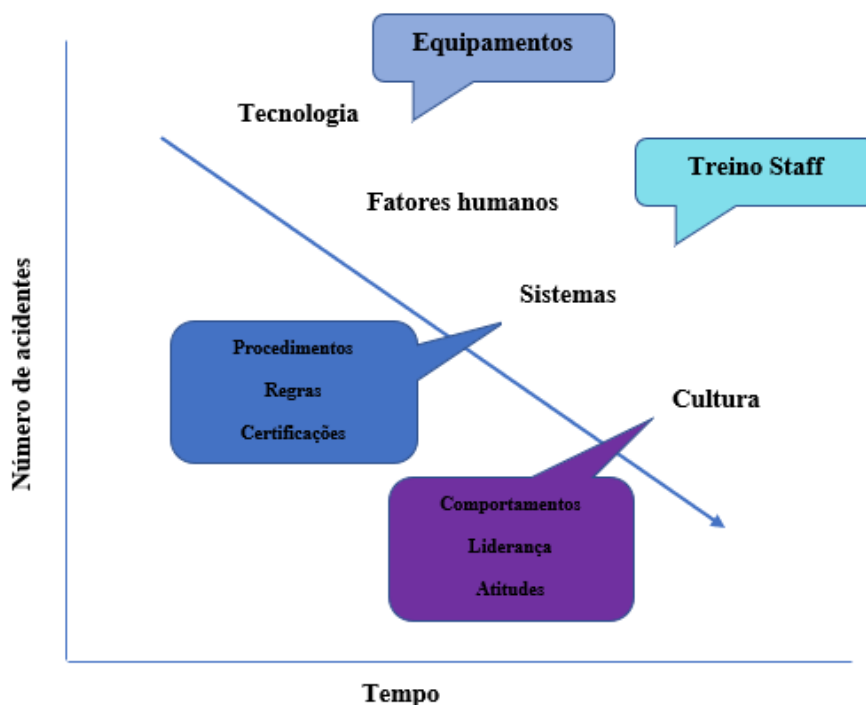
A Cultura de Segurança está envolvida num processo complexo e pressupõe comunicação efetiva entre a equipa e a sua liderança, situação que elevará a moral e a produtividade. Fragata (2011) define o modo como se fazem as coisas num local de atuação, compreendendo o coletivo de valores, perceções e de atitudes de um grupo no que respeita à Segurança. O desenvolvimento das Culturas de Segurança não se estabelece do dia para a noite, e o papel da liderança e da gestão de topo são fundamentais, mas existem algumas regras para implantar mudanças, nomeadamente, as Culturais.

Segundo Pires & Macêdo (2006), a Cultura Organizacional é o alicerce da organização, e diz respeito ao compartilhamento, concordância, e internacionalização de valores, crenças, rituais, mitos, objetivos e compromissos pelos indivíduos que compõem estes Grupos.

A Cultura de Segurança para ANVISA (2014) é definida através do comportamento individual e compartilhado dos membros da Organização, seguindo o comprometimento e responsabilidade destes com a oferta de serviço qualificado e seguro, independentemente, da posição hierárquica. Deste modo, nas Organizações de Saúde, para a formação e incorporação deste valor, aberto, justo, sistémico, centrado na aprendizagem organizacional, e não na culpabilização do indivíduo, algumas estratégias podem ser implantadas, sendo elas:

- Aceitação da responsabilidade, por todos os profissionais, independente do nível hierárquico pela segurança individual e da equipa, paciente e visitantes;
- A segurança deve ser uma prioridade entre as metas estratégicas, táticas e operacionais;
- Os erros devem ser encarados como oportunidade de aprendizagem e melhoria dos processos;
- Os recursos e estrutura para garantir a segurança devem ser suficientes e adequados.

**Figura 5.** Evolução da Segurança na Aviação Civil



Fonte: Fragata (2011).

Parker (2005), citado por Fragata (2011), identificou que durante uma reestruturação para modificar uma cultura local ocorre o surgimento de barreiras, provocando resistência, sendo classificadas como:

- **Cultura patológica:** onde os acidentes são vistos como inevitáveis e as medidas de segurança como perturbadoras do trabalho;
- **Cultura reativa:** onde as Políticas de Segurança se limitam a reagir a eventos, tentando identificar um culpado próximo, só pensando em segurança após a ocorrência de acidente;
- **Cultura calculista:** onde já contempla uma gestão estruturada de segurança, porém, de maneira centralizada, somente a gestão de risco está envolvida no processo e os outros públicos não se envolve;
- **Cultura proativa:** nesta fase o *staff* (pessoas) já encaram as medidas de segurança como parte da rotina diária, sendo papel da gestão e da organização valorizado na atribuição de responsabilidades por falhas de segurança;

○ **Cultura geradora:** a mais aperfeiçoada, tem proatividade e veemente procura por melhorias contínuas (indicadores de segurança serão, regularmente, colhidos) mesmo na ausência de incidentes. As melhorias de segurança serão vistas como investimentos, o staff da linha da frente sente-se confortável com a declaração de eventos e transformando esse ambiente livre de culpas.

Para Reason (2004), a Cultura de Segurança possui três componentes essenciais: nomeadamente, sendo uma Cultura justa onde pessoas não são punidas por cometer erros - só as violações são punidas; a Cultura de reporte de eventos, e a Cultura de aprendizagem com os erros é enfatizada.

Conforme Gonçalves, Andrade & Marinho (2011), que citam Silva & Lima (2004), descrevem que Organizações com menos acidentes apresentam uma maturidade da Cultura de Segurança mais avançada, caracterizadas pelo comprometimento da direção da Empresa, o envolvimento dos Empregados, e a existência de uma boa comunicação sobre segurança.

**Figura 6.** Conceito de Cultura de Segurança e seus elementos



**Fonte:** Schneider (2012).

### 3. O papel da enfermagem na cultura de segurança

O comprometimento dos líderes é decisório para o desenvolvimento da Cultura de Segurança, pois tem a capacidade em conquistar, de forma envolvente os Funcionários e melhorar sua percepção e as suas atitudes nas questões relacionadas à segurança do trabalho (Garcia, Boix & Canosa, 2004).

Reason (1997), citado por Gonçalves, Andrade & Marinho (2011), julgam que, para a formação de uma Cultura de Segurança, existem fatores relevantes como a informação, um clima Organizacional de confiança onde os Funcionários se sintam incentivados a desenvolver informações fundamentais sobre a segurança no trabalho, e bem assim, a flexibilidade e o aprendizado Organizacional. A influência destes fatores produz uma Cultura informada, essencial para a prevenção dos acidentes Organizacionais.

No contexto da disciplina da Enfermagem, os processos de desenvolvimento da investigação tornam-se instrumentos indispensáveis para a evolução da profissão, nos quais, através de Florence Nightingale, surgiram progressos e mudanças de tendências e orientação. Durante a Guerra da Criméia, Florence enfatiza que a recolha sistemática de dados é necessária para melhorar o cuidado, evidenciando a observação e reiterando a ideia de que é preciso aprender a observar, e o *que* observar (Fortin, 1996).

O profissional da Enfermagem está inserido e comprometido em todo o processo do cuidar, como líder e gestor, e, perante esses fatores, existem competências inerentes ao profissional Enfermeiro voltadas para a gestão da segurança da assistência em saúde, conforme regimento do COREN/COFEN no Brasil, e a Ordem dos Enfermeiros em Portugal.

No Brasil, de acordo com os Órgãos responsáveis pela profissão da Enfermagem, o COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) e o COREN (Conselho Regional de Enfermagem), que foram criados em 12 de julho de 1973, por meio da Lei 5.905, e que juntos, formam o Sistema COFEN/COREN, têm como principal responsabilidade normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, zelando pela qualidade dos Serviços prestados e pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem.

De acordo com a Lei 7.498, de junho de 1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Conforme o Art. 1º, é livre o exercício da Enfermagem em todo território nacional, sendo a Enfermagem exercida, privativamente,

pelo Enfermeiro, Técnico, e Auxiliar de Enfermagem e Parteira, respeitando os respectivos graus de habilitação. Segundo o Art. 6º, são Enfermeiros os titulares do Diploma de Enfermeiro conferido por Instituição de Ensino Superior e, conforme Art. 11º, cabe ao Enfermeiro, privativamente, executar as ações relacionadas ao planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem, prescrição de medicamentos, seguindo protocolos e assistência à parturiente e ao parto normal, bem como realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local. O profissional de Enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, garantindo a segurança do paciente, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. Respeitando a vida, a dignidade, e os direitos humanos em todas as suas dimensões, executando suas atividades com competência de acordo com os princípios da ética e da bioética (COFEN,2012).

Em Portugal, de acordo com o Regulamento n.º 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros, descreve o perfil das competências do Enfermeiro nos cuidados gerais com a responsabilidade profissional, ética e legal, a prestação e gestão dos cuidados e o desenvolvimento profissional. O Enfermeiro tem a competência em promover e manter um ambiente seguro através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco, utilizando instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais (DRE, 2015).

O papel do Enfermeiro é fundamental no processo de reestruturação da Cultura de Segurança de uma Organização. Organizações com Culturas de Segurança bem estruturadas estão no nível proativo como, anteriormente, citado, ressaltando a existência de regras para implantar as mudanças culturais. Porém, uma das barreiras mais desafiadoras está relacionada a percepção errada de que a mudança será, excessivamente, impraticável (Fragata, 2011).

A Cultura faz parte da estrutura informal das Organizações e não pode ser visualizada, concretamente; ela existe, mas é impalpável, e consiste na realidade e na dinâmica das relações interpessoais e sua intersubjetividade, valores e crenças, interesses individuais e coletivos num determinado ambiente. Sendo árdua a sua compreensão e sua existência por ser, facilmente, negada ou minimizada em se tratando de problemas, dificuldades ou conflitos Organizacionais. Como integrante das políticas Organizacionais, a Cultura será ferramenta gerencial para garantir o aperfeiçoamento dos processos de trabalho, corrigindo

as não conformidades e avistando novas perspetivas coerentes à vida Organizacional (Kurcgant & Massarollo, 2012).

Na decorrência dessa heterogeneidade, segundo Neves (2000), citado por Marchi, Pereira & Burtet (2018), a Organização tem que definir a sua visão e metas estratégicas, identificando as características da sua Cultura e potencializando as dimensões que alavancam os resultados. Promovendo uma comunicação interna para todos os níveis hierárquicos da Organização, necessitando alinhar a missão pessoal do Empregado com a visão/missão da Organização, com a finalidade em atingir um nível alto de produtividade.

Para Waldow (2007), citado por Silva (2016), a Cultura Organizacional é composta por fatores ambientais que influenciam, diretamente, na eficácia do processo assistencial; já os fatores estruturantes envolvem os modelos de gestão e de liderança.

As equipas de trabalho inseridas numa Organização necessitam de uma autoridade, vindo da posição hierárquica; autoridade esta que é reconhecida pelos outros através da perceção das qualidades pessoais de liderança, incluindo personalidade, atitudes, experiência, idade, aparência, habilidades técnicas e comportamentais, conseguindo criar confiança e qualidades de seguidores nos outros membros da equipa (Fragata, 2011).

À medida que se tem o conhecimento do estágio de maturidade da Cultura de Segurança dentro de uma Organização, os gerentes poderão priorizar esforços e recursos para as áreas que necessitam de melhorias para desenvolver uma Cultura de Segurança (Fleming, 2001 citado por Silva, 2016).

Neste Capítulo demonstraremos, fundamentalmente, as opções metodológicas utilizadas, apresentando o tipo de Estudo, as questões de investigação, a população, a amostra, as variáveis, o instrumento de recolha de dados, as considerações formais e éticas e o tratamento dos dados.

## **CAPÍTULO II - TRABALHO EMPÍRICO**

## 4. Metodologia

A metodologia da pesquisa proporciona conhecimento de maneira sistemática, levando a encontrar respostas para as indagações num processo de investigação (Fortin, 1996). A ciência utiliza o método científico como um conjunto de procedimentos lógicos e de técnicas operacionais que possibilitam o acesso às relações causais constantes entre os fenômenos (Severino, 2007). Esses conjuntos de ensinamentos práticos, que é a metodologia científica, proporcionará contribuição para o avanço das ciências ou aquisição de novas verdades científicas (Fragata, 1981). Segundo Gil (2008), o objetivo básico da ciência é chegar à realidade, o que torna o conhecimento científico com uma característica fundamental que é sua verificabilidade. O método científico é o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento.

**Figura 7.** Proposta Metodológica



Fonte: Autora (2022)



#### **4.1 Tipo de Estudo**

Este trabalho trata de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, transversal, com o objetivo de avaliar qual a percepção dos profissionais de Enfermagem sobre o clima de segurança do paciente em contextos clínicos.

A pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinada população, como idade, sexo, nível de escolaridade, profissão e cargo. São incluídas neste Grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população. Habitualmente realizadas por pesquisadores preocupados com a atuação prática, sendo pesquisas realizadas por Instituições educacionais, comerciais, hospitalares (Gil, 2008).

A pesquisa, com abordagem quantitativa, constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis em estudo. Permite, assim, delimitar o problema de investigação, tornando os dados válidos, assegurando a representação da realidade (Fortin, 1999). Para Knechtel (2014), trata-se de um modelo de conhecimento científico denominado positivista, com atuação sobre o problema humano ou social, composto por variáveis quantificadas em números, aos quais medem opiniões e informações utilizando recurso estatístico, com o objetivo de determinar se as generalizações previstas na teoria têm sustentação ou não.

#### **4.2 Finalidade e Objetivo**

Segundo a OMS - Organização Mundial de Saúde (2004) apud Rigobello et al (2012), é relevante promover o incentivo a ações que garantam a segurança do paciente através de programas específicos e, deste modo, criou em outubro de 2004 o programa World Alliance for Patient Safety (Aliança Mundial para Segurança do Paciente) com o objetivo de dedicar atenção ao problema de segurança do paciente com abrangência internacional, tendo como missão coordenar, disseminar e acelerar, mundialmente, melhorias para a segurança do paciente nas Instituições de Saúde, conduzindo a mitigação de eventos adversos e mortalidade, proporcionando melhorias na qualidade da assistência à saúde.

De acordo com o Grupo INSAG (Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear), ao publicar Relatórios relacionados ao acidente nuclear em Chernobyl (1986), foram os primeiros a utilizar o termo Cultura de Segurança, definindo-a como um produto de valores, atitudes, percepções e competências, grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento com o gerenciamento de segurança dentro de uma Instituição (Flin, Burns, Mearns, Yule & Robertson, 2006). Já o termo Clima de Segurança vem sendo muito discutido na Literatura e a ser definido como a medida temporal do estado da Cultura de Segurança da Instituição, podendo ser medido através das percepções individuais sobre as atitudes da Organização quanto à Cultura de Segurança (Citado por Rigobello et al., 2012, segundo os autores González, Peiró, Loret & Zornoza, 1999).

Através do planeamento metodológico, temos a intenção de avaliar a percepção sobre o clima de segurança do paciente através da análise da opinião do Enfermeiro nas funções: Enfermeiros gestores, Enfermeiros supervisores, e Enfermeiros assistenciais, através de Questionário disponível de forma *on-line*.

O problema de pesquisa deve ser determinado por razões de ordem prática ou de ordem intelectual, segundo o enquadramento do autor Gil (2008). A questão de pesquisa pode provir de observações em meio ao trabalho ou comportamentos observados no quotidiano (Fortin, 1996).

Como forma de estimular mais pesquisas sobre o tema escolhido e aprofundar o conhecimento sobre o processo de segurança do paciente, a questão de pesquisa deste Estudo foi elaborada na seguinte apresentação: Como o Clima de segurança é percebido pelos Enfermeiros atuantes na Instituição?

Comedidamente, e com a finalidade em responder à questão da pesquisa, foi estruturado o seguinte objetivo, a saber:

O objetivo deste Estudo é avaliar a percepção do Enfermeiro sobre o clima de segurança do paciente em contextos clínicos.

#### **A primeira etapa da pesquisa constitui-se em:**

A revisão da literatura realizada através do levantamento bibliográfico de Artigos Científicos em bases de dados nacionais e internacionais, teses e livros especializados e relevantes para o tema sobre clima de segurança do paciente e a percepção dos Profissionais de

Enfermagem, foi realizada através da busca na plataforma EBSCOhost e CINAHL, utilizando os descritores: Clima de Segurança, Segurança do Paciente e Cultura Organizacional, no período de janeiro de 2021 à maio de 2021 do total de 115 artigos nos últimos 20 anos (de 2000 à 2020).

A elaboração de modelo de pesquisa e a fundamentação teórica viabilizou ampliar os conhecimentos de maneira aprofundada o que a literatura nacional e internacional traz em evidência em suas Publicações de acordo com os autores, podendo contribuir para a melhoria dos processos assistenciais.

#### **A segunda etapa da pesquisa constitui-se em:**

Definição e descrição do método de Pesquisa. Com base na revisão da literatura, foram elencados construtos a serem estudados como erros relacionados à assistência de saúde, e abordagem sobre segurança dos pacientes em diversos contextos, onde após a elaboração do projeto de pesquisa, se fez necessário submeter o projeto através da inscrição na Plataforma Brasil e CEP. A Plataforma Brasil Nacional é um Sistema eletrônico criado pelo Governo Federal para sistematizar o recebimento dos projetos de pesquisa que envolvam seres humanos, ou seja: trata-se de uma base unificada de registros de pesquisas para seres humanos para todo o sistema CEP (Comitê de Ética em Pesquisa)/CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), Sistema esse instituído em 1996 para proceder à análise ética de projetos de pesquisa, envolvendo seres humanos no Brasil, sendo um processo baseado numa série de Resoluções e Normativas deliberados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde. Nesta fase, após a inscrição na Plataforma Brasil e direcionamento ao Comitê de Ética e Pesquisa, foi aprovada a realização da pesquisa com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 57712322.6.0000.5392, submetido em 11/04/2022, tendo como Instituição Proponente a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

#### **A terceira etapa da pesquisa constitui-se em:**

Elaboração e aplicação do instrumento do Pré-teste, conforme Malhotra (2019), tem a finalidade de eliminar potenciais problemas, sendo que todos os aspetos do Questionário precisam de ser testados, inclusivé o conteúdo da pergunta, o enunciado, a sequência, o

formato, a dificuldade das perguntas e as instruções. Os entrevistados do Pré-teste e da pesquisa devem ser extraídos da mesma população.

O Pré-teste foi aplicado em três enfermeiros da Área Administrativa, e ocorreu no mês de março de 2022. Como resultado do Pré-teste não aconteceu nenhuma alteração, pois os elementos conseguiram responder a todas as 41 questões existentes no Inquérito.

#### **A quarta etapa da pesquisa constitui-se em:**

O convite inicial foi encaminhado via Whatsapp para todos os enfermeiros, através do telemóvel.

A entrega e assinatura em duas vias do TCLE ocorreu de maneira presencial a cada participante em seu setor de trabalho. Após assinatura do TCLE, foi encaminhado via mensagem por WhatsApp, com orientações simples

de como realizar o preenchimento do Inquérito, e como a encaminhar, juntamente, com um link para acesso á plataforma Google Forms, onde responderam às 41 questões, com a duração de, aproximadamente, 15 minutos para o seu preenchimento. Esta etapa ocorreu no período entre os dias 11 de abril de 2022, e 11 de julho de 2022.

#### **A quinta etapa da pesquisa constitui-se em:**

A pesquisa foi realizada em um Hospital Geral Privado de 165 leitos que possui especialidades médicas com atendimento pronto socorro adulto e infantil, unidades de internamento, maternidade, pediatria, UTI adulto e UTI neonatal, centro cirúrgico, serviço de hemodinâmica e medicina diagnostica, localizado no Brasil no Estado do Paraná, na cidade de Maringá. Fazendo parte do quadro de funcionários no regime CLT com carga horária semanal de 36 horas, um total 118 enfermeiro.

Nesta fase temos a apresentação e discussão dos resultados, a revisão geral e finalização da pesquisa.

### 4.3 Amostra

A população-alvo deste estudo constituiu-se do profissional Enfermeiro por ser a maior classe de profissionais na organização e estar consolidada, todos profissionais atuantes nos setores de Unidade de Internamento, Urgências, Unidade de terapia intensiva adulto, Unidade de terapia intensiva neonatal e hemodinâmica, que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade:

**Critérios de Inclusão:** Enfermeiros que estejam a trabalhar no exercício de suas funções há, pelo menos, 6 meses na Instituição.

**Critérios de Exclusão:** Todos os profissionais que não responderam ao inquérito, sendo o total de 22.

A população-alvo selecionada, no total de 118 Enfermeiros, onde um número de 40 Profissionais não atendia aos critérios de inclusão.

A população da presente investigação correspondeu a 43 participantes. Sendo a amostra utilizada nesta pesquisa a não probabilística, por conveniência, intencional, onde a escolha deliberada dos elementos da amostra foi determinada pelo critério e julgamento do pesquisador (Fortin, 1996).

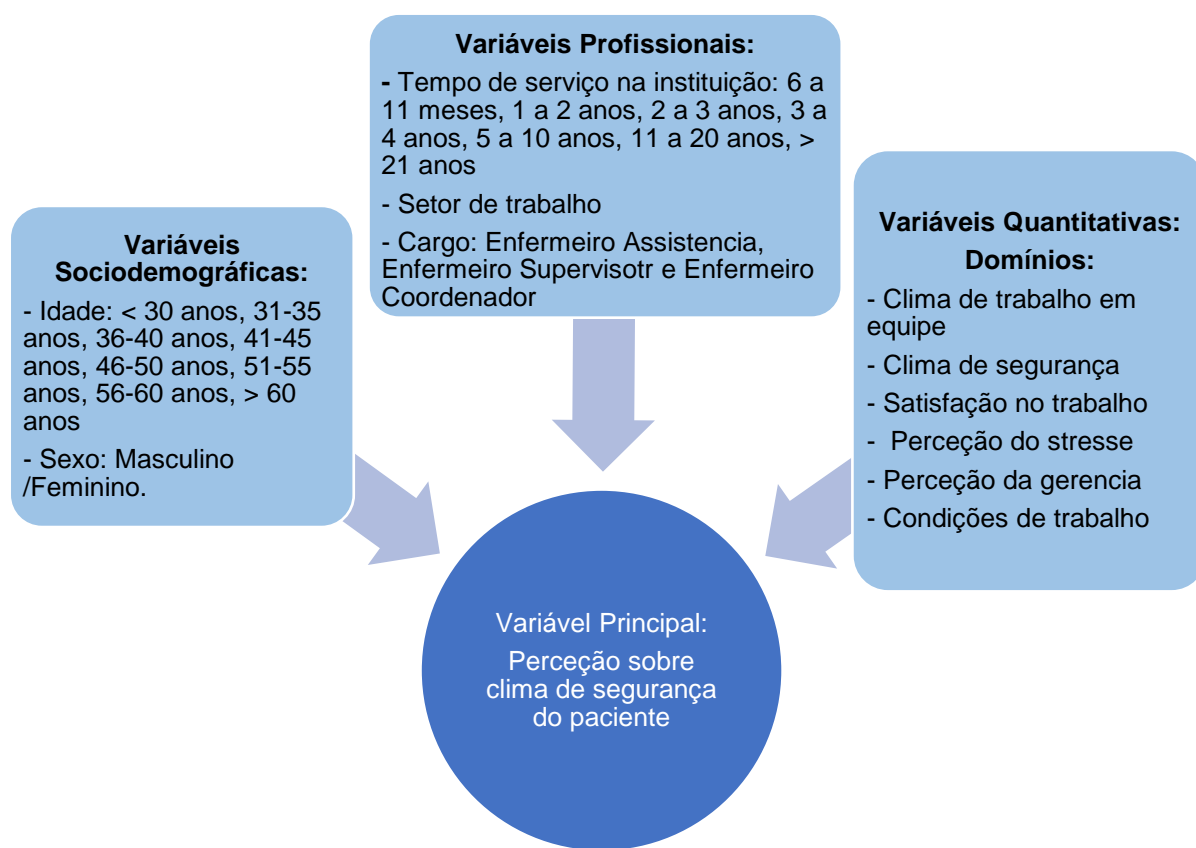
O convite para a participação da pesquisa foi encaminhado através do telemóvel - utilizando o aplicativo Whatsapp - aos Enfermeiros, entre os dias 01 e 30 de março de 2022, contendo informações breves sobre a pesquisa.

### 4.4 Variáveis

As variáveis são características que podem ser observadas ou medidas em cada elemento da população. Podendo ser qualitativas, quando os possíveis resultados são atributos ou qualidades; e quantitativas, quando os possíveis resultados de uma variável são números. Variável, segundo Marconi & Lakatos (2021), é um conceito que contém ou apresenta valores, tais como quantidades, qualidades, características, magnitudes, traços, entre outros.

Pretendemos, com essa metodologia, avaliar a percepção do profissional de Enfermagem sobre o Clima de segurança do paciente no contexto clínico, tendo em conta os domínios clima de trabalho em equipa, Clima de segurança, percepção da gestão, satisfação no trabalho, condições de trabalho e reconhecimento do estresse, os dados sociodemográficos, como a idade e sexo, tempo de serviço na Instituição, setor de trabalho e o cargo exercido.

**Quadro 2.** Operacionalização da pesquisa



**Fonte:** Autora (2022).

#### 4.5 Instrumento de Recolha de Dados

De acordo com Fortin (1996), o Inquérito permite recolher informações junto dos participantes relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes, apoiando-se nos testemunhos dos sujeitos, podendo ser eles preenchidos pelos próprios sujeitos, e ser encaminhados pelos correios ou de forma on-line.

A recolha de Dados foi aparelhada de maneira transversal, pois o instrumento utilizado foi aplicado num único período de 11 de abril a 11 de julho de 2022.

Neste Estudo, como instrumento de recolha de Dados, optou-se pela utilização do Questionário de Atitudes de Segurança (Anexo II) – Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), por ser um instrumento com boas propriedades psicométricas, de mensuração de Clima de segurança mais traduzido e adaptado para a língua Portuguesa do Brasil. Desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas, Centro de Excelência para a Segurança do Paciente, apresentando sensibilidade para avaliar as atitudes de segurança individuais, já aplicado em mais de 1300 Hospitais nos Estados Unidos, Nova Zelândia, Espanha, Portugal, entre outros (Carvalho, 2011).

Desta forma, trata-se de um instrumento traduzido para a língua Portuguesa do Brasil e adaptado, culturalmente, por Carvalho em 2011 para a realidade dos Hospitais no Brasil. Em relação ao conteúdo, contém 41 questões fechadas, envolvendo a perceção sobre segurança do paciente e questões relacionadas aos dados do Profissional, como cargo, sexo, idade, setor, e tempo de atuação na Instituição.

Com a finalidade de atribuir valor a cada afirmativa, a Escala de Medidas utilizada foi a Escala de Likert, que é constituída por intervalos de 1 a 5, sendo: (1) Discordo Totalmente; (2) Discordo Parcialmente; (3) Neutro (não discordo e nem concordo); (4) Concordo Parcialmente, e (5) Concordo Totalmente. (Bermudes, Santana, Braga & Souza, 2016).

O Score/pontuação final da Escala varia de 0 a 100 pontos, onde 0 (zero) corresponde a uma perceção negativa do Clima de segurança, e 100 à perceção positiva. Os valores do total do Score, maior ou igual a 75, são considerados positivos.

**Quadro 3:** Relação de pontos

(A)Discorda Totalmente	0 pontos
(B)Discorda Parcialmente	25 pontos
(C)Neutro	50 pontos
(D)Concorda Parcialmente	75 pontos
(E)Concorda Totalmente	100 pontos

**Fonte:** Bermudes, Santana, Braga & Souza, 2016.

O Inquérito foi criado através da plataforma Google®, através do aplicativo Google Forms, respeitando todos os processos éticos da pesquisa, envolvendo as seguintes variáveis: Sociodemográficas: idade e sexo; Profissionais: função, tempo de serviço, setor de trabalho; Psicossociais: clima de trabalho em equipa, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção do estresse, percepção da gerência, e condições de trabalho.



**Quadro 4.** Instrumento da pesquisa - SAQ

DOMINIOS	QUESTÕES
CLIMA TRABALHO EQUIPE	1. As sugestões dos enfermeiros são bem recebidas neste serviço? 2. Neste serviço é difícil falar livremente se me aperceber de um problema na prestação dos cuidados ao doente? 3. As divergências neste serviço são resolvidas adequadamente (não se trata de quem está certo, mas o que é melhor para o doente)? 4. Tenho apoio de que necessito por parte de outros profissionais na prestação de cuidados ao doente? 5. É fácil para os profissionais que atuam neste serviço colocarem questões quando não compreendem algo? 6. Os médicos e enfermeiros deste serviço trabalham em conjunto, como uma equipa bem coordenada?
CLIMA DE SEGURANÇA	7. Sentir-me-ia seguro caso fosse tratado aqui como doente? 8. Os erros dos profissionais são tratados de forma adequada neste serviço? 9. Conheço os meios adequados para encaminhar questões relacionadas com a segurança do doente neste serviço? 10. Recebo feedback adequado acerca do meu desempenho? 11. Neste serviço é difícil discutir os erros? 12. Sou encorajado pelos meus colegas a reportar qualquer preocupação que possa ter com a segurança do doente? 13. A cultura neste serviço faz com que seja fácil aprender com os erros dos outros?
SATISFAÇÃO NO TRABALHO	14. Gosto do meu trabalho? 15. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família? 16. Este é um bom local para trabalhar? 17. Tenho orgulho em trabalhar neste serviço? 18. A moral neste serviço é alta?
ESTRESSE	19. Quando minha carga de trabalho se torna excessiva, o meu desempenho é prejudicado? 20. Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado? 21. Tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis? 22. A fadiga influencia o meu desempenho em emergências?
GESTÃO	23. As minhas sugestões acerca da segurança seriam postas em prática caso as expressasse à administração? 24a. A administração local apoia meus esforços diários 24b. A administração geral apoia meus esforços diários 25a. A administração local não compromete de forma consciente a segurança do doente 25b. A administração geral não compromete de forma consciente a segurança do doente 26a. A administração local está a realizar um bom trabalho *** 26b. A administração geral está a realizar um bom trabalho *** 27a. Profissionais problemáticos são tratados de forma construtiva pela administração local *** 27b. Profissionais problemáticos são tratados de forma construtiva pela administração geral *** 28a. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar o meu trabalho pela administração local 28b. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar o meu trabalho pela administração geral 29. O número de profissionais deste serviço é suficiente para tratar o número de doentes?

CONDICÇÕES DE TRABALHO	30. Este hospital realiza um bom trabalho na formação de novos profissionais 31. Toda a informação necessária para as decisões diagnósticas e terapêuticas são disponibilizadas de forma sistemática 32. Os estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados
------------------------	--

Fonte: Carvalho (2011).

**Quadro 5** – Domínios do Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipa sobre esta área de cuidado, adaptada para o Brasil.

Domínios (itens)	Definição
Clima de trabalho em equipa (1 a 6)	Perceção da qualidade da colaboração entre os profissionais da equipa.
Clima de segurança (7 a 13)	Perceção de um forte e proativo compromisso organizacional com a segurança.
Satisfação no Trabalho (14 a 19)	Sentimento agradável ou estado emocionalmente positivo resultante da perceção da experiência de trabalho.
Perceção do Estresse (20 a 23)	Reconhecimento de como meu desempenho é influenciado por fatores estressores.
Perceção da gerência do hospital (24 a 29)	Aprovação das ações da administração.
Condições de trabalho (30 a 32)	Perceção da qualidade de suporte ambiental e logístico no lugar de trabalho (equipamentos e profissionais)

Fonte: Carvalho (2011).

#### 4.6 Consistência Interna do Questionário e Escalas

Numa pesquisa em que está presente um Inquérito, é necessário avaliar a confiabilidade deste instrumento através da aplicação do coeficiente de Cronbach. Segundo relatos de Matthiensen (2011) cita Hair Jr et al (2005), descreve o coeficiente de Alfa de Cronbach, apresentado por Lee J. Cronbach em 1951, como uma forma de calcular a consistência

interna dos Dados de um Inquérito aplicado numa pesquisa. Os valores de Cronbach variam de 0 a 1, onde o valor mais próximo de 1,0 indica que maior é a confiabilidade da questão.

**Quadro 6.** Valores de referência Alpha de Cronbach - interpretação

- 1.00 - 0.00	BAIXO
> 0.00 - 0.20	DISCRETO
> 0.20 - 0.40	REGULAR
> 0.40 - 0.60	MODERADO
> 0.60 - 0.80	SUBSTANCIAL
> 0.80 - 1.00	QUASE PERFEITO

Neste Estudo, utilizamos a técnica de confiabilidade de Alfa de Cronbach para estimar a consistência interna dos Dados do Questionário aplicado, utilizando os softwares SPSS V20, Minitab 16 e Excel Office 2010. O cálculo realizado para todas as questões (chamamos de Geral), e retirando questão por questão.

A consistência interna geral do cálculo neste Estudo apresentou o valor de 0,875, ou seja, valor elevado. Portanto, o protocolo tem alta consistência, e notamos que mesmo ao retirarmos pergunta por pergunta ele se mantém com o valor alto, colocando em evidência que todas as perguntas são, de facto, importantes para manter a excelente consistência interna.

**Quadro 7.** Alfa de Cronbach do Inquérito  
**Alfa de Cronbach**

	<b>Valores</b>
Geral	0.875
P1	0.872
P2	0.879
P3	0.872
P4	0.873
P5	0.872
P6	0.865
P7	0.870
P8	0.869
P9	0.869
P10	0.866
P11	0.884
P12	0.872
P13	0.874
P14	0.863
P15	0.870
P16	0.866
P17	0.867
P18	0.868
P19	0.866
P20	0.879
P21	0.880
P22	0.887
P23	0.885
P24 A	0.866
P24 B	0.865
P25 A	0.873
P25 B	0.873
P26 A	0.868
P26 B	0.865
P27 A	0.866
P27 B	0.865
P28 A	0.871
P28 B	0.868
P29	0.872
P30	0.870
P31	0.867
P32	0.874
P33	0.873
P34	0.869
P35	0.874
P36	0.889

**Fonte:** Autora, Paraná - Brasil (2021).

#### 4.7 Procedimentos Formais e Éticos

A Ética é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. Para o investigador é de extrema importância seguir os princípios fundamentais, proporcionando direito de decisão ao indivíduo participante, direito à intimidade, anonimato e confidencialidade, respeitando os direitos e a dignidade humana (Fortin, 1996).

Para a realização desta investigação, devido a escolha de um Inquérito já existente e validado, fez-se necessário obter um conjunto de autorizações formais. Primeiramente, foi solicitado autorização à autora do Questionário, traduzido e validado, que, prontamente, concedeu a autorização (Anexo I). Em seguida, foi solicitada autorização junto da Instituição de Saúde onde ocorreu a recolha de Dados, sendo que, para este efeito, foi encaminhado o projeto de pesquisa completo ao Departamento de Gerência de Enfermagem e à Diretoria Geral do Hospital, explicando os objetivos do Estudo, que, em sequência, redigiu a autorização para realizar a aplicação do Questionário (Anexo III).

Seguindo os critérios éticos, foi submetido todo o projeto e documentos necessários junto à Plataforma Brasil, sendo, na sequência, analisado e deferido para a realização da pesquisa (Anexos IV).

O convite aos participantes da pesquisa foi realizado, presencialmente, fornecendo explicações sobre a pesquisa, os objetivos, a relevância na participação dos Enfermeiros, garantindo o sigilo e anonimato com que será pautado todo o processo de recolha e tratamento de Dados, assegurando sempre a confidencialidade deles. Conforme o aceite na participação da pesquisa, foi entregue duas vias do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) (Anexo V), que tem como finalidade registrar a autorização e a colaboração voluntária do participante, através do seu preenchimento para a assinatura e recolhimento no mesmo momento. Posteriormente, foi encaminhado o Questionário (Anexo II), via link on-line para o preenchimento, deixando a vontade aos Enfermeiros que realizassem o preenchimento após o plantão/serviço em suas residências. Nesses momentos de contato com os participantes, cumpriu-se um rigoroso princípio de respeito e sigilo. Após o recebimento dos Inquéritos via on-line, foi-lhes encaminhada uma mensagem de agradecimento pela participação do Estudo e, pessoalmente, aos Enfermeiros na troca de turno pela sua participação na pesquisa.

## **CAPÍTULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

## 5. Análise e Discussão dos Dados

Neste estudo, após a aplicação do Questionário e Coleta dos Dados, foram organizados os Dados no Excel Office 2010, transferidos para o Software SPSS V20 e Minitab 16 e teste ANOVA, no qual foi realizado um Estudo estatístico descritivo.

Adotou-se, nesta pesquisa, o nível de significância (o quanto admitimos errar nas conclusões estatísticas) de 0,05 (5%) para um intervalo de confiança de 95% entre os dados encontrados.

Foram utilizados testes paramétricos que são poderosos na detecção de significâncias, pois testamos a normalidade das variáveis quantitativas de desfecho principal através do teste de Kolmogorov-smirnov ( $N \geq 30$ ), e concluímos que existe distribuição de normalidade.

Este trabalho tem como objetivo conhecer sobre a percepção dos enfermeiros sobre o clima de segurança do atendimento em saúde, apresnetando evidencia científica sobre o tema.

Para Sorra & Nieva (2004), a cultura de segurança do paciente vem sendo definida como “produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupos que determinam o compromisso com o estilo de uma gestão de saúde e segurança da organização”.

Consoante a Pronovost & Sexton (2005), descreve que as taxas de respostas elevadas e precisas são fundamentais na aplicação do SAQ, recomendando percentuais acima de 60%.

Neste trabalho, do total de 65 Inquéritos entregues aos participantes da pesquisa, foram respondidos um total de 43, correspondendo a uma percentagem de 66,15%, abrangendo setores na instituição, como unidade de internamento, unidade de terapia intensiva neonatal, unidade de terapia intensiva adulto, pronto socorro e hemodinâmica.

Vamos iniciar as análises caracterizando a amostra para a distribuição da frequência relativa (percentuais) dos fatores qualitativos, onde para isso utilizamos o teste de Igualdade de Duas Proporções.

Dados relacionados ao tempo de atuação na Instituição, estão descritos na tabela abaixo, onde o período de maior prevalência é de 5 a 10 anos (N 21; 49%). Revela que funcionários na instituição num período de 5 a 10 anos, já possuem conhecimentos sobre os processos

institucionais e possibilita assim, abraçar a cultura organizacional e de segurança, dados congruentes a estudos revelados por Pagani, Crozeta, Crisigiovanni (2018).

**Tabela 1:** Distribuição dos Fatores Qualitativos

		N	%	P-valor
<b>Qual a sua função?</b>	Coordenador/Gerente	4	9,3	<0,001
	Enfermeiro	18	41,9	0,516
	Enf. Supervisor	21	48,8	Ref.
<b>Qual a sua idade?</b>	18 a 28	11	25,6	<0,001
	29 a 39	28	65,1	Ref.
	40 a 50	4	9,3	<0,001
<b>Qual o seu gênero?</b>	Feminino	38	88,4	<0,001
	Masculino	5	11,6	<0,001
<b>Qual sua área de atuação?</b>	Adulto	17	39,5	0,131
	Ambos	24	55,8	Ref.
	Infantil	2	4,7	<0,001
<b>Quantos anos está neste serviço?</b>	De 6 a 11 meses	6	14,0	<0,001
	De 1 a 2 anos	5	11,6	<0,001
	De 3 a 4 anos	8	18,6	0,003
	De 5 a 10 anos	21	48,8	Ref.
	De 11 a 20 anos	3	7,0	<0,001

Em revisão de literatura, foram encontradas pesquisas que empregaram SAQ, apontando variáveis em relação ao gênero e faixa etária. Identificaram maior predominância do sexo feminino (89%) os autores Ribeiro, Servo & Silva (2021) e Pagani, Crozeta & Crisigiovanni (2019) com (82,3%), sendo a idade média de 39 anos.



Nós calculamos os escores dos seis domínios do protocolo SAQ conforme descrito por “Rhanna Emanuela Fontenele Limade Carvalho”. Assim, nós vamos então realizar uma análise descritiva completa para os seis domínios.

**Tabela 2.** Descritiva Completa dos Escores de SAQ, Maringá, Brasil, 2022.

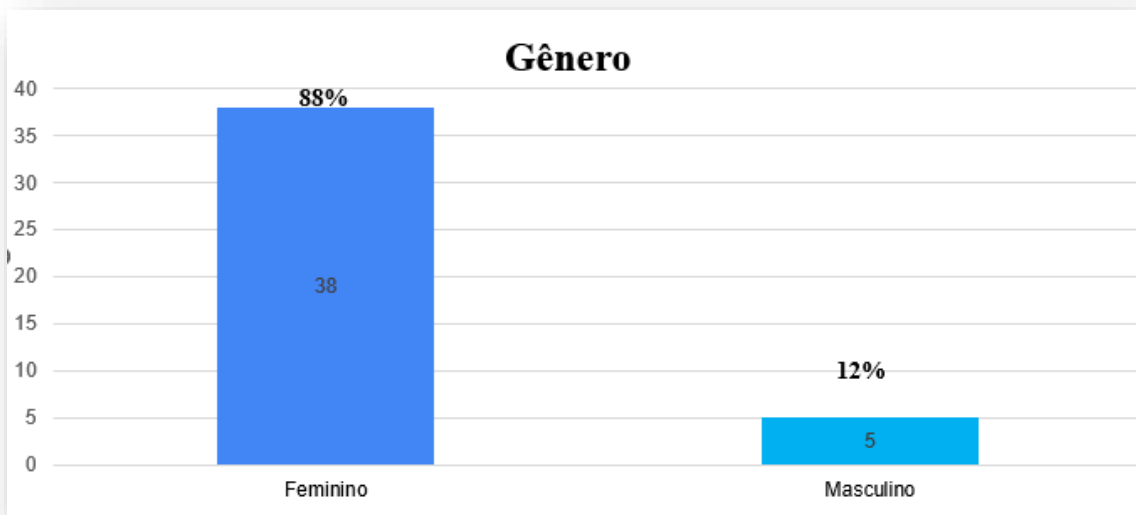
Domínios	Média	Mediana	Desvio Padrão	CV%	Min	Max	N	IC
Clima trabalho equipa	74,6	75,0	14,0	19	41,7	100,0	43	4,2
Clima Segurança	71,2	69,6	4,0	6	66,3	79,0	43	1,2
Satisfação no Trabalho	79,2	83,3	15,9	20	33,3	100,0	43	4,7
Reconhecimento stress	61,1	61,2	2,9	5	50,0	67,0	43	0,9
Percepção da Gestão	64,0	63,2	3,8	6	56,8	70,9	43	1,2
Condições de trabalho	59,3	58,3	18,8	32	8,3	91,7	43	5,6

Fonte: Pesquisa Percepção do enfermeiro sobre clima de segurança do paciente, Maringá, Brasil, 2022. CV: Coeficiente de variação / N: número da amostra / IC: Intervalo de confiança.

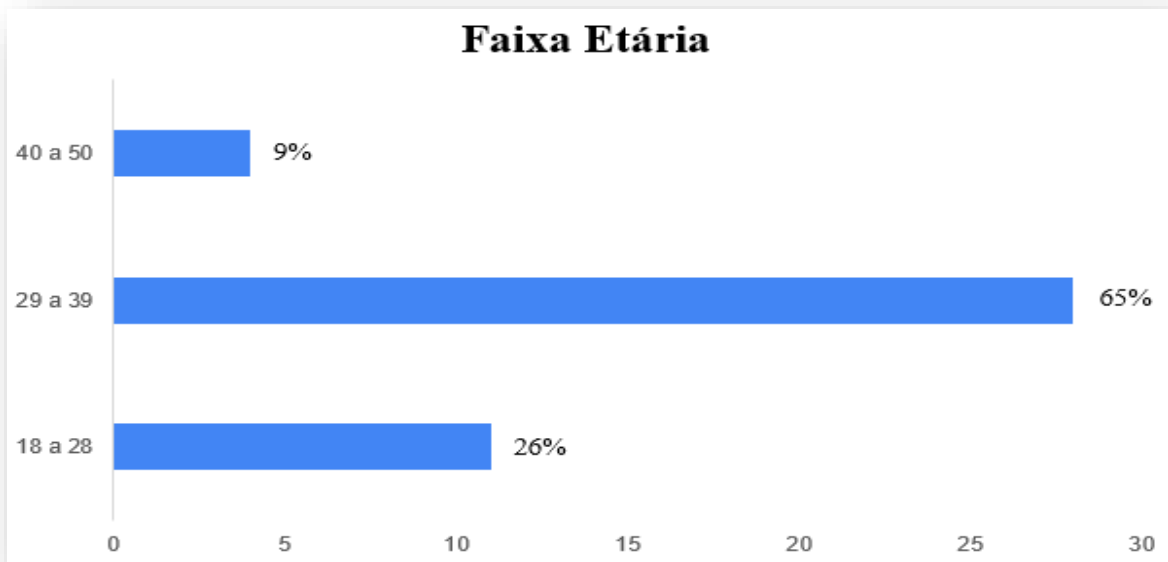
Temos que todos os domínios possuem baixa variabilidade, isso porque o CV é menor que 50%, o que é bom, pois demonstra que os dados são homogêneos. Observados na tabela 2 que o domínio com maior média foi o de “Satisfação no Trabalho” com  $79,2 \pm 4,7$  pontos e que o de menor média foi “Condições de Trabalho” com média de  $59,3 \pm 5,6$  pontos, ou seja, o mesmo que dizer que a média pode variar de 53,7 a 64,9 com 95% de confiança estatística.

Na análise estatística, o levantamento foi realizado a partir do Inquérito aplicado on-line, via Google Forms, com acesso exclusivo do pesquisador as variáveis socio-demográficas: género e faixa etária. Nomeadamente, a maior prevalência neste estudo foi o género feminino (N 38; 88%), resultados estes que aproximam-se de estudos que aplicaram o SAQ, como por exemplo no Brasil como os de Carvalho et al (2017) com 78% e Vitorio & Tronchin (2020) com 75%, conforme a seguir no gráfico 1.

**Gráfico 1 - Gênero**



**Gráfico 2 - Faixa Etária**



Concernente à faixa etária, a maior expressividade significativa estatisticamente foi entre os 29 e 39 anos (N 28; 65%). O Brasil está se tornando um país mais velho, tendência está se refletindo também no envelhecimento da força de trabalho. Estima-se que em 2040, aproximadamente 57% da população brasileira em idade ativa, será composta por pessoas com mais de 45 anos (PWC, 2013).

Na variável das funções do enfermeiro descreve: Gerente/Coordenador, Enfermeiro Supervisor, e Enfermeiro, a maior prevalência foi a da função do Enfermeiro Supervisor (N= 21; 49%), seguido de Enfermeiro Assistencial (N=18; 42%), todos os profissionais a desempenharem ações de liderança junto à equipe de Enfermagem, conforme tabela abaixo.

Na tabela 3 podemos evidenciar no domínio 'Satisfação no Trabalho' a maior média de 81,5 comparada a função a percepção do Enfermeiro supervisor, sendo que a média de menor valor no domínio 'Condições de trabalho' função de Enfermeiro (operacional) é de 52,8.

**Tabela 3:** Compara “Função” para Escores do SAQ, Maringá, Brasil, 2022.

Domínios/Função		Média	Mediana	Desvio Padrão	CV%	Min	Max	N
<b>Clima de Trabalho em Equipa</b>	Coordenador	80,2	79,2	9,2	12	70,8	91,7	4
	Enf. Supervisor	73,4	79,2	10,8	15	50,0	87,5	21
	Enfermeiro	74,8	72,9	17,9	24	41,7	100,0	18
<b>Clima de Segurança</b>	Coordenador	69,3	69,1	0,6	1	68,8	70,1	4
	Enf. Supervisor	70,6	69,4	3,8	5	66,3	78,1	21
	Enfermeiro	72,3	72,8	4,5	6	66,6	79,0	18
<b>Satisfação no Trabalho</b>	Coordenador	80,2	77,1	12,0	15	70,8	95,8	4
	Enf. Supervisor	81,5	83,3	14,0	17	50,0	100,0	21
	Enfermeiro	76,2	83,3	18,7	25	33,3	95,8	18
<b>Reconhecimento do Estresse</b>	Coordenador	61,1	61,3	0,8	1	60,1	61,9	4
	Enf. Supervisor	61,0	60,9	2,7	4	54,7	67,0	21
	Enfermeiro	61,2	61,5	3,4	6	50,0	66,0	18

<b>Percepção da Gestão</b>	Coordenador	63,4	63,4	0,2	0	63,1	63,6	4
	Enf. Supervisor	63,2	62,9	3,1	5	58,5	70,1	21
	Enfermeiro	65,2	66,2	4,8	7	56,8	70,9	18
<b>Condições de Trabalho</b>	Coordenador	54,2	50,0	8,3	15	50,0	66,7	4
	Enf. Supervisor	65,9	66,7	16,4	25	33,3	91,7	21
	Enfermeiro	52,8	58,3	21,0	40	8,3	91,7	18

Alusivo aos setores de atuação do Enfermeiro, onde aplicamos o Questionário SAQ, evidenciamos uma maior expressividade nos Setores de Internamento (N= 24; 56%), seguido da Unidade de Terapia Intensiva Adulto de (N= 12; 28%).

De acordo com os dados da tabela 5, constata-se que 83,3% dos participantes concordam que as sugestões dos (as) enfermeiros (as) são bem recebidos. Sendo que 90,7 % concordam que as divergências são resolvidas de modo apropriado, gostam do trabalho (95,4%), tem orgulho em trabalhar neste serviço (90,7%) demonstrando uma percepção positiva em relação a essas questões. Estudos do SAQ aplicados em uma Hospital Universitário na Irlanda demonstram resultado semelhantes ao desta pesquisa onde apresentam positivamente pontuações maiores relacionadas à satisfação no trabalho e negativamente pontuações menores relacionadas as condições de trabalho (Relihan et al., 2009).

**Tabela 5:** Distribuição da Frequência Relativa por Questão do SAQ, Maringá, Brasil, 2022.

<b>Domínios</b>	<b>Assertivas</b>	<b>DP + DT%</b>	<b>Neutro %</b>	<b>CP + CT%</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
<b>Clima de trabalho em equipa</b>	As sugestões dos Enfermeiros são bem recebidas nesta área?	11,6	4,7	83,8	0,872
	É difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente?	69,4	2,3	37,2	0,879
	As divergências neste serviço, são resolvidas de modo apropriado?	7	2,3	90,7	0,872
	Tenho o apoio que necessito de outros profissionais para cuidar dos pacientes?	4,7	7,0	88,4	0,873
	É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem?	11,6	11,6	76,8	0,872
	Os médicos e Enfermeiros daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada?	16,3	9,3	74,4	0,865
<b>Clima de Segurança</b>	Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente?	9,3	14,0	76,8	0,870
	Os erros dos profissionais neste serviço são tratados de modo apropriado?	18,6	4,7	76,8	0,869
	Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente neste serviço?	20,9	2,3	76,7	0,869
	Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho?	30,2	16,3	53,5	0,866
	Neste serviço, é difícil discutir sobre erros?	44,2	7,0	48,9	0,884
	Sou encorajado (a) pelos meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente?	9,3	7,0	83,7	0,872
	A cultura neste serviço, faz com que seja fácil aprender com os erros dos outros?	16,3	11,6	72,1	0,874
*	Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração?	23,8	19,0	57,1	0,863

<b>Satisfação no Trabalho</b>	Eu gosto do meu trabalho?	4,6	0,0	95,4	0,870
	Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família?	14,3	2,4	83,4	0,866
	Este é um bom lugar para trabalhar?	7	4,7	88,3	0,867
	Tenho orgulho em trabalhar neste serviço?	7	2,3	90,7	0,868
	A moral neste serviço é alta?	23,2	11,6	65,2	0,866
<b>Reconhecimento do Estresse</b>	Quando a minha carga de trabalho é excessiva, o meu desempenho é prejudicado?	7,2	4,8	88,1	0,879
	Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado?	9,5	0,0	90,5	0,880
	Tenho maior probabilidade em cometer erros em situações tensas ou hostil?	23,26	7,0	69,7	0,887
	O cansaço prejudica meu desempenho durante emergências?	32,6	4,7	62,8	0,885
<b>Perceção da Gestão da Unidade / Hospital</b>	A administração da unidade apoia meus esforços diários?	21,4	11,9	66,4	0,866
	A administração do Hospital apoia meus esforços diários?	28,6	19,0	52,4	0,865
	A administração da unidade não compromete de forma conscientemente a segurança do doente?	34,9	23,3	41,9	0,873
	A administração do Hospital não compromete de forma conscientemente a segurança do doente?	39,5	20,9	39,5	0,873
	A administração da unidade está fazendo bom trabalho?	9,4	7,0	83,7	0,868
	A administração do Hospital está fazendo um bom trabalho?	23,3	7,0	69,7	0,865
	Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva pela administração da unidade?	34,9	25,6	39,5	0,866
	Profissionais problemáticos são tratados de maneira construtiva pela administração do Hospital?	39,5	23,3	37,3	0,865

	Recebo informações adequadas e oportunas do administrador (a) da unidade sobre eventos que podem afetar o meu trabalho?	18,6	16,3	65,2	0,871
	Recebo informações adequadas e oportunas do administrador (a) do Hospital sobre eventos que podem afetar o meu trabalho?	25,6	18,6	55,8	0,868
	O número de profissionais deste serviço é suficiente para tratar os números de doentes?	79,1	2,3	18,6	0,872
<b>Condições de Trabalho</b>	Este hospital realiza um bom trabalho na formação de novos profissionais?	42,9	16,7	40,4	0,870
	Toda informação necessária para as decisões diagnósticas e terapêuticas é me disponibilizada de forma sistemática?	28	20,9	51,1	0,867
	Os recém-admitidos da enfermagem são adequadamente supervisionados?	46,5	11,6	41,9	0,874
*	Vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) neste serviço?	2,3	7,0	90,7	0,873
*	Vivencio boa colaboração com os (as) médicos (as) neste serviço?	2,3	9,3	88,4	0,869
*	Vivencio boa colaboração com os (as) farmacêuticos (as) neste serviço?	7	16,3	76,8	0,874
*	São comuns falhas de comunicação que levam a atrasos na prestação de cuidados?	20,9	14,0	65,1	0,889

(\*) Não se enquadra em nenhum domínio;

Assuntos inerentes à satisfação no trabalho evidenciam que, um ambiente onde o profissional tem autonomia para desempenhar suas atividades, boas relações de comunicação com a equipe médica, sentem-se realizados pessoalmente e consequentemente proporcionam uma assistência com qualidade aos seus pacientes, com atitudes de segurança positiva demonstrada pelo comportamento seguro (Guirardello,2017).

Achados nesta pesquisa são consonantes aos estudos encontrados relacionados ao tema, no domínio satisfação no trabalho apresenta média 80,8 (Gasparino, Bagne, Gastaldo & Dini, 2017); 76 (Bezerra, Valim, Santos, Alves de Lima & Ribeiro, 2018) e 76,2 (Kristensen, Sabroe, Bartel, Mainz & Christensen, 2015).

O trabalho em equipa é indispensável para se ter resultados positivos relacionados a qualidade da assistência, segundo Barbosa, Sousa, Felix, Oliveira & Barichello (2015). Estudos relacionadas ao domínio de clima de trabalho em equipa encontraram médias correlativas a esta pesquisa de 73,9 (Barbosa, Sousa, Felix, Oliveira & Barichello, 2015) e 77,2 (Kristensen, Sabroe, Bartel, Mainz & Christensen, 2015) e 73 (Rigobello et al, 2012). Nomeadamente pertinente ao domínio do reconhecimento do estresse no trabalho, 90% (CP/CT) admite que ocorre a queda da eficiência ao desenvolver suas atividades submetidos ao estresse, com média de 61,1.

Na pesquisa dos autores Vitorio & Troughin (2020) a média sobre o reconhecimento do estresse é de 73,3, apresentado valor superior a encontrada neste estudo que foi de 61,1. Em uma das respostas relacionadas ao estresse “sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado” 90% concordam de maneira categórica (CP/CT). Com uma média 69,5 de reconhecimento do estresse, Guirardello (2017) descreve em seu estudo que o ambiente assistencial é complexo e exige recursos tecnológicos e humanos para atender as demandas do cuidar e que nos últimos anos ocorreram mudanças no sistema de prestação do cuidar afetando o processo do cuidar com segurança.

No tocante a percepção da gestão tanto da unidade, quanto a gestão geral apresentou média de 64, evidenciado nas assertivas o score de 83,7% (CP/CT) “A administração da unidade está fazendo bom trabalho”, seguida de 79,1% (DP/DT) que discorda da assertiva que diz: “O número de profissionais deste serviço é suficiente para tratar os números de doentes?”. Reconhecendo que o serviço apresentar dificuldades em relação ao dimensionamento de enfermagem, que está interligado com as condutas da gestão melhora essa realidade.

Em concordância a pesquisa realizada na Arábia Saudita, os autores Aljadhey, Al-Babtain, Mahmoud, Alageel & Ahmed (2016) apresentaram em seu estudo resultado semelhante ao deste estudo, onde a média relacionada a percepção dos participantes sobre a gestão, foi 68,1 e 63,9 dos autores Kolankiewicz et al (2017).

Relativamente podemos perceber que estudos sobre segurança do paciente, mostram a liderança como principal fator para que ocorram mudanças relacionadas a cultura de segurança, pois o líder tem competências essenciais de comunicação e influência indubitável dos liderados segundo Westrum (2004) citado por Murch, Pereira & Burtel (2018).



Os autores Fasserella, Silva, Camerini & Figueiredo (2018) evidenciam em seu estudo a relevância sobre o assunto e que antes de implementar qualquer tipo de ação direcionada à segurança do paciente, se realize o diagnóstico situacional da cultura organizacional, compreendendo em que posição a organização está, e com isso, os gestores percebam a importância do seu papel neste processo. A gestão é capaz de adquirir conhecimento e comunicar toda a organização impactando em resultados estratégicos e operacionais fomentando uma cultura de segurança sólida.

Prestar cuidados seguro é um dever de todos os profissionais, mas é o líder que tem o papel de promover um ambiente onde o cuidado seguro possa ser instalado, segundo Kaya, Barsbay & Karabulut (2010) citado por Vitorio & Tronchin (2020).

Na literatura Gonçalves Filho, Andrade & Marinho (2011) citam Choudhry, Fang & Mohamed (2007) que relatam que existem 5 fatores que contribuem para uma cultura de segurança, sendo: a) o comprometimento dos gerentes com a segurança do trabalho; b) mútua confiança entre gerentes e empregados; c) autonomia para os empregados; d) monitoramento contínuo; e) melhoria da segurança do trabalho.

A percepção dos profissionais em relação as condições de trabalho apresentaram média de 59,3 que se assemelha a outros estudos, 62,2 Guirardello (2016), Oliveira et al (2018) apresenta média de 57, enquanto muito similar é o resultado de Gasparino, Bagne, Gastaldo & Dini (2017); 54 (Bezerra, Valim, Santos, Alves de Lima & Ribeiro, 2018).

Fermo, Radunz, Rosa & Marinho (2016) evidenciam que a prática assistencial apresenta resultado prejudicado, com perda de autonomia quando o profissional não tem acesso a informações necessárias relacionadas ao paciente, equipamentos, apoio logístico e uma supervisão ineficiente, isto corrobora para o aumento do risco de eventos adversos.

A ausência ou baixo investimento relacionado as condições de trabalho, podem expor o profissional da saúde e os pacientes a riscos ou danos que poderiam ser evitados. Insatisfação que gera desmotivação no ambiente de trabalho, sendo considerado um fator importante para adesão ou não cumprimentos de protocolos de segurança como por exemplo precaução padrão (Porto & Marziale, 2016).

## **5.1 Limitações do Estudo**

Um das limitações encontradas neste Estudo foi em relação à autorização das Instituições abordadas para a realização da pesquisa. Foram realizadas 1 (uma) tentativa em quatro Instituições Hospitalares, onde três delas indeferiram a solicitação, aumentando assim o tempo da realização da pesquisa. A quarta Instituição autorizou a realização do 56 Estudo, porém, somente, após o período de 8 meses após a submissão por questões internas da Instituição. Sendo um ponto importante em relação à não realização do estudo com toda equipe multiprofissional.

A segunda limitação diz respeito à amostra, que, num primeiro momento, teria uma abordagem aos Enfermeiros das Unidades de Internamento. Porém, devido a fatores relacionados à pandemia do Covid-19, a Instituição em que foi realizada a recolha de dados apresentava um número elevado de atendimentos intra-hospitalares, gerando uma sobrecarga de trabalho, e, conseqüentemente, a um aumento no número de Profissionais adoecidos e afastados das atividades laborais. Sendo assim, o número de participantes que aderiram ao preenchimento do Questionário não atingiu um número expressivo, mesmo após ações de consciencialização junto ao Departamento de Qualidade para a participação da pesquisa e sua importância, e, como estratégia, optou-se em ampliar os setores de pesquisa, incluindo os setores de UTI Adulto, UTI Neonatal, hemodinâmica e pronto atendimento.

## **5.2 Sugestões Para Estudos Futuros**

Como sugestão para pesquisas futuras, propõem-se a realização de Estudos empíricos exploratórios com uma amostra maior e com a participação da equipe multidisciplinar, relacionando-os aos turnos de trabalho, aos eventos adversos institucionais levantados, e vivenciados pelos Profissionais e a aplicação do questionário SAQ atualmente, fazendo um comparativo de 2022 e agora em 2024 após aplicação de medidas educativas.

## **CAPÍTULO IV – CONCLUSÃO**

## Conclusão

Os resultados obtidos relacionados a percepção do Enfermeiro sobre o clima de segurança, permitiu constatar que o questionário apresenta o valor geral de Alfa de Cronbach de 0,87 mostrando-se confiável, com variação de 0,86 a 0,88.

O score do SAQ de maior média está inserido no domínio da Satisfação no trabalho com média de 79,2 (dp=15,9) onde nas análises assertivas observamos que 95,4% (CP/CT) respondeu “Eu gosto do meu trabalho” e 90,7% (CP/CT) “Tem orgulho em trabalhar neste serviço”, indicando experiências positivas com o trabalho. No domínio Clima de trabalho em equipa a média apresentada foi de 74,6 (dp=14), já 90,7% (CP/CT) demonstraram em suas respostas de maneira positiva que “As divergências neste serviço são resolvidas de modo apropriado”. Com média de 71,2 (dp= 4,0) no domínio clima de segurança, 83,7% (CP/CT) respondeu positivamente “Sou encorajado pelos meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente?”.

O domínio Percepção do estresse apresentou média de 61,1 (dp=2,9) mostrando reconhecimento que 90,5% (CP/CT) que “sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado” e 88,1% (CP/CT) admite que “quando minha carga de trabalho é excessiva, o meu desempenho é prejudicado”. O reconhecimento de 69,7% na concordância (CP/CT) que “tem maior probabilidade em cometer erros em situações tensas ou hostil”.

A abordagem a seguir trata-se do resultado de assertivas para as quais não houve tendência, no domínio clima de segurança “Neste serviço é difícil discutir sobre erros” onde 44,2% (DP/DT) e 48,9% (CP/CT). Em relação a percepção da gestão 39,5% (DP/DT) “A administração geral do Hospital não compreende de forma conscientemente a segurança do doente” sendo que 39,5% (CP/CT) em relação a mesma questão. A questão “Profissionais problemáticos da equipa são tratados de maneira construtiva pela administração da unidade e 34,9% (DP/DT). Enquanto a mesma questão relacionada a administração geral do Hospital 37,3% (CP/CT) e 39,5% (DP/DT). Este resultado pode estar atrelado ao seguinte fato, no período em que a pesquisa foi realizada na instituição, o Hospital se encontrava em processo de venda para outro grande grupo de gestão em saúde, o que pode dividir a opinião dos participantes frente as possíveis mudanças que estariam por vir.

Alusivo as condições de trabalho o resultado apresentou o menor score, com média de 59,3 (dp=18,8), demonstrando fragilidades. As assertivas as quais não apresentaram tendência são as seguintes: “Este Hospital realiza um bom trabalho na formação de novos profissionais” 40,4% (CP/CT) enquanto 42,9% (DP/DT) e “recém-admitidos da enfermagem são adequadamente supervisionados” 41,9% (CP/CT) e 46,5% (DP/DT).

## **Considerações Finais**

A realização deste trabalho possibilitou avaliar a percepção do enfermeiro sobre clima de segurança em uma organização hospitalar privada, localizada na região sul do Brasil. Permitindo aprofundar o conhecimento sobre segurança em saúde, tema de grande importância para as organizações de saúde e amplamente abordado mundialmente.

Na percepção dos profissionais de enfermagem o clima de segurança apresentou atitudes positivas e favoráveis relacionadas a satisfação no trabalho, se orgulhando em fazer parte da instituição e que gosta do trabalho que desempenha. Um ponto importante foi o reconhecimento da equipa em relação ao estresse, admitindo que sua eficiência no trabalho pode ser afetada se estiver cansado, para a empresa são pontos contundentes a serem valorizados, pensando no monitoramento dos componentes estressantes, e promover intervenções da saúde do profissional. Uma grande porcentagem de 84% dos profissionais concorda que a liderança da unidade está desenvolvendo um bom trabalho e 70% confiam no trabalho do Gestor do Hospital. O clima de trabalho em equipa demonstra que 91% concordam que as divergências são resolvidas de maneira apropriada.

Em contrapartida, manifestaram uma compreensão desfavorável nos pontos relacionados as condições de trabalho, onde destacam que o dimensionamento de profissionais não é suficiente para tratar o número de doentes atendidos neste serviço.

Vale ressaltar que foi criado junto ao setor de qualidade da instituição, no mesmo período do desenvolvimento desta pesquisa, um departamento de Núcleo de Segurança e Qualidade, onde iniciaram os trabalhos voltados para a criação e ampliação de protocolos, acompanhamento de indicadores, capacitação para abertura de não conformidades, manuais de procedimentos assistências, treinamentos e palestras voltadas para segurança assistencial.

Resultados aos quais não houve tendência, relacionados por exemplo ao Hospital realizar um bom trabalho na formação de novos profissionais e os recém-admitidos na enfermagem são adequadamente supervisionados, demonstraram uma divisão, podendo estar relacionado a não estar claro na instituição planos de ação educacional, treinamentos, acompanhamento dos profissionais na sua fase inicial de trabalho dentro da organização. Servindo para a instituição reflexão para atender essas necessidades, como desenvolver

ações educativas, voltadas a formação pessoal e profissional, motivando e abordar a importância do trabalho em equipa.

Os resultados desta pesquisa serão compartilhados com a instituição a fim de planejamento estratégico para melhoria dos processos institucionais e disponibilizar a sociedade contribuindo para a melhoria do processo de segurança do paciente.

Este é um tema amplo e de imensa complexidade que deve seguir com o desenvolvimento de novas pesquisas. Ressaltando ser indubitável o envolvimento da alta gestão e todos os líderes, a fim de engajar o profissional para clarificação da importância da cultura organizacional e cultura de segurança dentro de uma organização de saúde, tem como finalidade a segurança do paciente e profissional.

## Referências Bibliográficas

- Abuosi, A. A., Poku, C. A., Attafuah, P. Y. A., Anaba, E. A., Abor, P. A., Setordji, A., & Nketiah-Amponsah, E. (2022). Safety culture and adverse event reporting in Ghanaian healthcare facilities: Implications for patient safety. *PloS one*, 17(10), e0275606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275606>
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2021). Notivisa: Incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Disponível: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/relatorios-dos-anos-anteriores/2021/sao-paulo/view>
- Aljadhey, H., Al-Babtain, B., Mahmoud, M., Alageel, S., & Ahmed, Y. (2016). Culture of Safety among Nurses in a Tertiary Teaching Hospital in Saudi Arabia. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*. 15(3), 639-644. Disponível: <http://10.4314/tjpr.v15i3.28>
- Barbosa, M. H., Sousa, E. M., Felix, M. M. dos S., Oliveira, K. F., & Barichello, E. (2015). Clima de segurança do paciente em um hospital especializado em oncologia. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 17(4), 34614. Disponível: <https://doi.org/10.5216/ree.v17i4.34614>
- Benjamin, D. M. (2003). Reducing medication errors and increasing patient safety: case studies in clinical pharmacology. *Journal of clinical pharmacology*, 43(7), 768–783. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12856392/>
- Bermudes, W. L., Santana, B. T., Braga, J. H. O., & Souza, P. H. (2016). Tipos de Escalas Utilizadas em Pesquisas e Suas Aplicações. *Revista Vértices*, 18(2), 7–20. Disponível: <https://doi.org/10.19180/1809-2667.V18N216-01>
- Bezerra, T. B., Valim, M. D., Santos, E. C., Alves de Lima, J. D., & Ribeiro, A. C. (2018). Percepción del equipo de enfermería del clima de seguridad organizacional de un hospital público. *Enfermería Global*, 18(1), 86–133. Disponível: <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.309061>
- Brasil. Ministério da Saúde (2014). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) Diário Oficial da União. Brasília, p. 43, 2 abr. Seção 1. Disponível: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)



- Carvalho, R. E. F. L. de, & Cassiani, S. H. D. B. (2012). Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 20(3), 575-582. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>
- Cooper, D. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36 (2), 111-136. Disponível: [https://www.behavioral-safety.com/articles/Towards\\_a\\_model\\_of\\_safety\\_culture.pdf](https://www.behavioral-safety.com/articles/Towards_a_model_of_safety_culture.pdf)
- Chantler, C. (1999). The role and education of doctors in the delivery of health care. *Lancet (London, England)*, 353(9159), 1178–1181. Disponível: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)01075-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)01075-2)
- Chassin, M. R., & Galvin, R. W. (1998). The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA*, 280(11), 1000–1005. Disponível: Doi: 10.1001/jama.280.11.1000
- Cox, S. J & Cheyne A. J. T. (2000) Avaliando a cultura de segurança em ambientes offshore: *Safety Science*, 34(1-3), 111-129. Disponível: [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00009-6](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00009-6)
- De Marchi, A., Burtet, M., & Pereira, D. (2018). Medindo a Maturidade da Cultura de Segurança do Trabalho: uma revisão das ferramentas existentes. *Journal of Business and Social Sciences*, 1 (1), 76-106. Disponível: <http://dspace.uces.edu.ar8180/xmlui/handle/123456789/4310>
- De Vries, E. N., Ramrattan, M. A., Smorenburg, S. M., Gouma, D. J., & Boermeester, M. A. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality & safety in health care*, 17(3), 216–223. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>
- Direcção Geral de Saúde (2011). Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoSegDoente\\_Final.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoSegDoente_Final.pdf)
- Direcção Geral de Saúde- Departamento da qualidade na Saúde (2011). Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de Hospitais portugueses. Resultados do Estudo-piloto. Lisboa: Associação Portuguesa para o desenvolvimento hospitalar (apdh). Disponível: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais.aspx>

- Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring. volume 1 the definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. [http://doi: 10.1001/jama.260.12.1743](http://doi:10.1001/jama.260.12.1743).
- Donabedian, A. (1978). The quality of medical care. *Science (New York, N.Y.)*, 200(4344), 856–864. <https://doi.org/10.1126/science.417400>
- Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., & Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment, and patient outcomes. *Applied nursing research: ANR*, 24(4), 244–255. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2009.12.004>
- Fassarella, C. S., Silva, L. D. da., Camerini, F. G., & Figueiredo, M. do C. A. B. (2019). Nurse Safety in the services of a university hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 767-773. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0376>
- Fermo, V. C., Radunz, V., Rosa, L. M. da., & Marinho, M. M. (2016). Atitudes profissionais para a cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(1), e55716. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.55716>
- Fortin, M. (1999). O processo de Investigação. Da concepção à realização. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Fragata, J. (2011). Segurança dos doentes – Uma abordagem prática. Lisboa: Lidel.
- Fragata, J. (1981). Noções de Metodologia. Para a elaboração de um trabalho científico. São Paulo: Loyola.
- Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson E. M. (2006). Measuring safety climate in healthcare. *Saft Health Care*, 15(2),109-157. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014761>
- Flin, R., Mearns, K., O'Connor, P., & Bryden, R. (2000). Measuring safety climate: identifying the common features. *Safety science*, 34(1-3), 177-192. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00012-6](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00012-6)
- Garcia, A. M., Boix, P., & Canosa, C. (2004). Why do workers behave unsafely at work? Determinants of safe work practices in industrial workers. *Occupational and environmental medicine*, 61(3), 239–246. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1740724/pdf/v061p00239.pdf>
- Gasparino, R. C., Bagne, B. M., Gastaldo, L. S., & Dini, A. P. (2017). Percepção da enfermagem frente ao clima de segurança do paciente em instituições públicas e

- privadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38 (3). <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.68240>
- Gil, A.C. (2008). Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª edição. Brasil: Atlas.
- Gil, A. C. (2002). Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª edição. Brasil: Atlas.
- Guirardello, E. de B. (2017). Imapt of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 25, e2884. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1472.2884>
- Gomes, G., Torrens, E. W., Schons, M., & Sorgetz, B. (2017). Cultura Organizacional e Inovação: Uma Perspectiva a Partir do Modelo de Schein. *Revista de Administração da Unimep*, 15(1), 51-72. <http://www.raunimep.com.br/ojs/index.php/regen/editor/submissionEditing/965>
- González-Romá, V, Peiró JM, Lloret S, Zornoza A. (1999). The validity of collective climates. *J Occup Organ Psychol*, 72(1), 25-40. <https://doi.org/10.1348/096317999166473>
- Gonçalves Filho, A. P., Andrade, J. C. S., Marinho, M. M. de O. (2011). Cultura e gestão da Segurança no trabalho: uma proposta de modelo. *Gestão & Produção*, 18(1), 205-220. <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2011000100015>
- Harris, M.H. (2004). To err is human the fallible physician. *S D J Med*. Jan. 57(1),9-11. PMID: 14964974.
- Harrison, R., Walton, M., Manias, E., Smith-Merry, J., Kelly, P., Iedema, R., & Robinson, L. (2015). The missing evidence: a systematic review of patients' experiences of adverse events in health care. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 27(6), 424–442. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv075>.
- Helmreich, RL, & Davies, J. (2004). Cultura, ameaça e erro: Lições da aviação. *Canadian Journal of Anesthesia*, 51, R1-R4. Recuperado: <https://doi.org/10.1007/BF03018331>
- Hemesath, Melissa Prade et al. (2015). Educational strategies to improve adherence to patient identification. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(4), 43-48. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.54289>
- Hoffmeiste, L. V., Moura, G. M. S. S. (2015). Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um Hospital Universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1),36-43. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522>
- Hopkins, A. (2006). Study organizational cultures and their effects on safety. *Safety Science*, 44, 875-889. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2006.05.005>

- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press (US).  
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/to-err-is-human-building-a-safer-health-system/>
- Jairo, S.F & Martins, G. A. (1996). Curso de Estatística, 6ª edição. São Paulo: Atlas.
- Jha, A. K., Larizgoitia, I., Audera-Lopez, C., Prasopa-Plaizier, N., Waters, H., & Bates, D. W. (2013). The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ quality & safety*, 22(10), 809–815.  
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001748>
- Joint Commission International. (2020). Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 7ª edição.
- Joint Commission International. (2011). Padrões de acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 4ª edição. Oakbrook Terrace: JCI.
- Kakemam, E., Gharaee, H., Rajabi, M. R., Nadernejad, M., Khakdel, Z., Raeissi, P., & Kalhor, R. (2021). Nurses' perception of patient safety culture and its relationship with adverse events: a national questionnaire survey in Iran. *BMC nursing*, 20(1), 60.  
<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00571-w>
- Knechtel, M. R.. (2014) Metodologia da pesquisa em educação. Uma abordagem teórico-prática dialogada. Curitiba: Intersaberes.
- Kolankiewicz, A. C. B., Loro, M. M., Schmidt, C. R., Santos, F. P. dos., Bandeira, V. A. C., & Magnago. T. S. B. de S. (2017). Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. *Acta Paulista De Enfermagem*, 30(5), 531-537. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700076>
- Kristensen, S., Sabroe, S., Bartels, P., Mainz, J., & Bang Christensen, K. (2015). Adaption and validation of the Safety Attitudes Questionnaire for the Danish hospital setting. *Clinical Epidemiology*, (7), 149-160. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S75560>
- Kurcgant, P., & Massarollo, M. C. K. B. (2010). Cultura e poder nas organizações de saúde. In *Gerenciamento em Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Leape, L., Berwick, D., Clancy, C., Conway, J., Gluck, P., Guest, J., Lawrence, D., Morath, J., O'Leary, D., O'Neill, P., Pinakiewicz, D., Isaac, T., & Lucian Leape Institute at the National Patient Safety Foundation (2009). Transforming healthcare: a safety imperative. *Quality & safety in health care*, 18(6), 424-428.  
<https://doi.org/10.1136/qshc.2009.036954>

- Lei Nº 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm)
- Lima, R.E.F. (2011). Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil Questionário de atitudes de segurança. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. <http://doi:10.11606/T.22.2011.tde-30112011-085601>
- Lima, L.C.S; Leuch, V; Bruno Roberto Buss, B.R. (2017). A importância da pesquisa de clima organizacional para análise do nível de satisfação dos colaboradores e da estrutura organizacional. Revista ESPACIOS. ISSN 0798 1015, 38(28). <https://www.revistaespacios.com/a17v38n28/a17v38n28p13.pdf>
- Maia, C.S., Freitas, D.C de., Gallo, L. G., & Araujo, W. N. de. (2018). Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 27(2). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200004>
- Malhotra, N. (2019). Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada. 7ª Edição. Porto Alegre: Bookman.
- Manual APA (2022) - Manual of the American Psychological Association: The Official Guide to APA Style”, 7ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Manual Brasileiro de Acreditação. (2018). Manual Brasileiro de Acreditação – Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. <https://www.ona.org.br/Inicial>
- Maroco, J. (2003). Análise Estatística com utilização do SPSS. 2ª Edição. Lisboa: Silabo.
- Melgarejo, C. R. V., Mastroianni, P. C., & Varallo, F. R. (2019). Promoção da cultura de notificação de incidentes em saúde [online]. São Paulo: Editora UNESP,117. ISBN: 978-85-9546-337-0. <https://doi.org/10.7476/9788595463370>.
- Mendes, W., Martins, M., Rozenfeld, S., Travassos, C. (2009). Avaliação de eventos adversos em hospitais no Brasil, *International Journal for Quality in Health Care*, 21(4), 279-284. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp022>
- Mendonça, V. S., Custódio E. M. (2015). Erro médico no Brasil: cenário de antinomias. Acad. Paulista de Psicologia, 35(89), 508-525. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2015000200015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2015000200015)
- Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, de 02/04/2013, Seção 1, 1-42.

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)

- Ministério da Saúde. Decreto regulamentado nº 14/2012 de 26 de janeiro. Norma nº 005/2018 de 20/02/2018 atualizada a 10/01/2020. Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. DGS, Portugal. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/02/20/avaliacao-da-cultura-de-seguranca-do-doente-nos-hospitais/>
- Murray, R. S. (1993). Estatística Coleção Schaum, 3ª Edição. São Paulo: Afiliada.
- Moraes, I. N. (2003) *Erro médico e a justiça*. Rev. Assoc Med Bras 2002, 48(2), 172-82 São Paulo: Editora Revista dos Tribunais. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302002000200039>
- National Patient Safety Agency (NPSA). (2005) Wristbands for hospital inpatients improves safety. Safer Practice Notice. <http://www.npsa.nhs.uk>
- Nascimento, N. B., Travassos, C. M. R. (2010). O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(2), 625-651. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000200016>
- Neves, J. (2000). Clima organizacional, cultura organizacional e gestão de recursos humanos. Lisboa: RH
- Nieva, V.F., Sorra J. (2003). Avaliação da cultura de segurança: uma ferramenta para melhorar a segurança do paciente em organizações de saúde. *BMJ Qualidade e Segurança*; 12, ii17-ii23. Recuperado: [https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl\\_2.ii17](https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17)
- Oliveira, I. C. L de., Cavalcante, M. L. S. N., Aires, S. F., Freitas, R. J. M. de., Silva, B. V. da., Marinho, D. M., & Carvalho, R. E. F. L. de.. (2018). Safety Culture: perception of health professionals in a mental hospital. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 71, 2316-2322. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0125>
- Ordem dos Enfermeiros – OE (2020). Anuário Estatístico 2020. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estatistica-de-enfermeiros/>
- Perry, D. C., & Scott, S. J. (2007). Identifying patients in hospital: are more adverse events waiting to happen? *Quality & safety in health care*, 16(2), 160. <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.022202>
- Pires, J.C de S., & Macedo, K.B. (2006). Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 40(1),81-104. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122006000100005>

- Porto, J. S., & Marziale, M. H. (2016). Motivos e consequências da baixa adesão às precauções padrão pela equipe de enfermagem. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 37(2), e57395. <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.57395>
- Pronovost, PJ, Inc, JCR, & International, JC. (2010). Guia de Cirurgia Segura. *Comissão Conjunta Internacional. Illinois: Recursos da Comissão Conjunta*. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_por.pdf;jsessionid=](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;jsessionid=)
- Pronovost P, Sexton B. (2005). Avaliação da cultura de segurança: orientações e recomendações. *BMJ Qualidade e Segurança*; 14: 231-233. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2005.015180>
- Proqualis/Icict/Fiocruz. (s.d.). Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente. Disponível em: <http://proqualis.net/>
- Proqualis. (2019). Estatística de Eventos Adversos pelo Mundo. <https://proqualis.fiocruz.br/artigo/estat%C3%ADsticas-de-eventos-adversos-pelo-mundo>
- Quadrado ERS, Tronchin DMR (2012). Avaliação do protocolo de identificação do neonato de um hospital privado. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 20(4), 659-667. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000400005>
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Regulamento nº 190/2015. Diário da República n.º 79/2015, Série II de 2015-04-23, páginas 10087 – 10090. Disponível: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Reis, C. T. (2013). A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. xiii,203 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>
- Reis, E. J. F. B. dos et al. (1990) Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, 6(1), 50-6. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1990000100006>
- Ribeiro R, Servo ML, Silva Filho AM. (2021). Perfil da cultura de segurança do paciente em um hospital público. 12(3), 504-11. <https://doi:10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4240>

- Rigobello, M. C. G., Carvalho, R. E. F. L., Cassiani, S. H. De B., Galon, T., Capucho, H. C., & Deus, N. N. (2012). Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 25(5), 728-735. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>
- Severino, A.J. (2007). *Metodologia do Trabalho Científico*. 23ª Edição. São Paulo: Cortez.
- Sexton, J.B., Helmreich, R.L., Neilands, T.B, Rowan,K., Vella,K., Boyden, J., Robertes. P. R., Thomas, E.J. (2006). O Questionário de atitudes de segurança: propriedades psicométricas, dados de benchmarking e pesquisas emergentes. *BMC Health Serv Res*, 6(44). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>
- Relihan, E., Glynn, S., Daly, D. *et al.* (2009). Medição e benchmarking da cultura de segurança: aplicação do questionário de atitudes de segurança em uma unidade de internação médica aguda. *IrJ Med Sci* 178, 433–439. <https://doi.org/10.1007/s11845-009-0352-2>
- Prince water house Coopers, Fundação Getúlio Vargas. (2013). *Envelhecimento da força de trabalho no Brasil*. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo. <https://silo.tips/download/envelhecimento-da-fora-de-trabalho-no-brasil>
- Silva, AC, & Rosa, DD (2016). Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.45583>
- Sorra JS, Nieva VF. (2004). Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente. (Preparado pela Westat, sob o Contrato nº 290-96-0004). Recuperado: <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-paciente-safety/pacientesafetyculture/hospital/resources/hospcult.pdf>
- Tase, T. H.; Lourenção, D C. A., Bianchini, S. M., Tronchin, D. M. R. (2013). Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(3), 196-200. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000300025>
- Teixeira, M.C.S; França, S.L.B. (2013). Clima Organizacional e Satisfação no Trabalho: Contribuições para a Gestão Estratégica de Pessoas em Instituição Pública. <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos13/51718599.pdf>
- Udelsmann, A. (2002) Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48(2), 172-182.
- Vieira, S. (1991). *Introdução à Bioestatística*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Vieira, S. (2004). *Bioestatística Tópicos Avançados*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Campus.



- Villar, V. C. F. L., Duarte, S. C. M & Martins, M. (2018). Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. *Cadernos de Saúde Pública*. 36(12). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223019>.
- Vincent, C., Taylor-Adams, S., & Stanhope, N. (1998). Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine. *BMJ (Clinical research ed.)*, 316(7138), 1154–1157. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7138.1154>
- Vitorio, A.M. F., Tronchin, D. M. R. (2020). Clima de segurança do paciente no serviço hospitalar de cardiologia: instrumento para gestão da segurança. *Revista Brasileira de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0549>
- Voskanyan Y. E. (2022). Neblagopriyatnye sobytiya, svyazannye s okazaniem meditsinskoi pomoshchi, ili obratnaya storona zdravookhraneniya zarubezhnykh stran (sistematicheskii obzor) [Adverse events associated with medical care, or the dark side of health care in foreign countries: a systematic review]. *Khirurgiia*, (10), 79–98. <https://doi.org/10.17116/hirurgia202210179>
- Wachter, R.M. (2013). *Compreendendo a Segurança do Paciente*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Ward, J. K., & Armitage, G. (2012). Can patients report patient safety incidents in a hospital setting? A systematic review. *BMJ quality & safety*, 21(8), 685–699. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000213>
- World Health Organization. (2009). World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Geneva.
- Zanetti, A. C. B., Dias, B. M., Bernardes, A., Capucho, H. C., Balsanelli, A. P., Moura, A. A., Soato, R., & Gabriel, C. S. (2021). Incidence and preventability of adverse events in adult patients admitted to a Brazilian teaching hospital. *PloS one*, 16(4), e0249531. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249531>

**ANEXO I – Autorização uso do Instrumento**



Universidade Estadual do Ceará  
Centro de Ciências da Saúde

À Kamila Cobo,

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

Atenciosamente,

Fortaleza, 26 de janeiro de 2021.

*Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho*

Profa Dra. Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho

**ANEXO II – Instrumento de Recolha de Dados**

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

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

- Use somente lápis número 2 Preenchimento correto Preenchimento incorreto
- Apague muito bem qualquer resposta que você desejar mudar

Não se aplica  
Concordo totalmente  
Concordo parcialmente  
Neutro  
Discordo parcialmente  
Discordo totalmente

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

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>X</b>
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	Não se aplica

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

### INFORMAÇÕES

Você já havia preenchido este instrumento anteriormente?  Sim  Não  Não sabe

Data (mês/ano): \_\_\_\_\_

#### Cargo: (marque somente um)

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

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  homem  mulher Atuação principal:  adulto  pediatria  ambos

Anos no serviço:  1 a 2 anos  3 a 4 anos  5 a 10 anos  11 a 20 anos  acima 21 anos

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

**POR FAVOR NÃO ESCREVA NESTA ÁREA**



**ANEXO III - Autorização do Hospital**



## MARIMED SERVIÇOS MÉDICOS S.A.

Av. Dr. Luiz Teixeira Mendes 1.520  
Caixa Postal 378 - CNPJ 77.265.381.0001-94  
Fone/Fax: (44) 3216-4000 - CEP: 87015-000 - Maringá - PR  
www.hospitalparana.com.br E-mail: adm@hospitalparana.com.br

A Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Portugal

Carta de autorização para início da pesquisa visando a conclusão da dissertação de mestrado

Eu, Luciano Okawa, Diretor Superintendente da Marimed Serviços Médicos S/A (Hospital Paraná), autorizo a realização da pesquisa de campo intitulada "Percepção dos Profissionais da Enfermagem Relacionado ao Clima de Segurança do Paciente em Contextos Clínicos", nas dependências do setor assistencial do nosocômio, junto aos profissionais de enfermagem.

Sendo assim, a pesquisa será conduzida pela aluna/pesquisadora Kamyla Miranda Nogueira Cobo, sob a orientação do professor Antônio Fernando Amaral.

Será disponibilizado ao pesquisador, ora colaborador da instituição, o uso do espaço físico. No entanto, em razão do trabalho não seguir os critérios específicos e requeridos para a Pesquisa Científica no Brasil, a exemplo de autorização prévia pelo Comitê de Ética em Pesquisa, o Hospital Paraná vem manifestar sua discordância em relação a uma eventual e posterior publicação pela Instituição de Ensino e/ou discente.

Maringá, 09 de março de 2022.

**Luciano Okawa**  
Diretor Superintendente  
Marimed Serviços Médicos S/A

Dr. Luciano Okawa  
Diretor



Nossa MISSÃO: Prestar serviços médicos de alta qualidade.  
Nossa VISÃO: Considerar-nos posicionamento como Centro de Referência em atendimento médico.

**ANEXO IV – Autorização da Comissão de Ética**





USP - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO / EEUSP



## COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Percepção dos profissionais de enfermagem sobre o clima de segurança do paciente em contextos clínicos.

**Pesquisador:** KAMYLA MIRANDA NOGUEIRA COBO

**Versão:** 1

**CAAE:** 57712322.6.0000.5392

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

### DADOS DO COMPROVANTE

**Número do Comprovante:** 034489/2022

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Percepção dos profissionais de enfermagem sobre o clima de segurança do paciente em contextos clínicos, que tem como pesquisador responsável KAMYLA MIRANDA NOGUEIRA COBO, foi recebido para análise ética no CEP USP - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo / EEUSP em 11/04/2022 às 09:30.

**Endereço:** Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - Prédio Principal - 2º andar - Sala 202

**Bairro:** Cerqueira César **CEP:** 05.403-000

**UF:** SP **Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3061-8858

**E-mail:** cepes@usp.br



USP - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO / EEUSP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Percepção dos profissionais de enfermagem sobre o clima de segurança do paciente em contextos clínicos.

**Pesquisador:** KAMYLA MIRANDA NOGUEIRA COBO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 57712322.6.0000.5392

**Instituição Proponente:**

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.508.621

#### **Apresentação do Projeto:**

A segurança do paciente é vista atualmente como prioritária no mundo. Cada vez mais as organizações reconhecem a importância em oferecer serviços com qualidade, reduzindo riscos e danos, atingindo os objetivos de satisfação e segurança. O clima de segurança se define como percepção compartilhada entre gestores e os trabalhadores em relação as políticas, procedimentos e práticas de segurança nas instituições de saúde. **Objetivo:** Diante deste fato, despertou o interesse em desenvolver a pesquisa que terá como objetivo principal avaliar o clima de segurança do paciente na percepção dos profissionais de enfermagem em um hospital público no Brasil. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa, exploratória e descritiva com abordagem quantitativa. Na coleta de dados será utilizado a aplicação de questionário específico, estruturado e validado SAD – Safety Attitudes Questionnaire – Short Form, traduzido e validado para a língua portuguesa do Brasil. Os critérios de inclusão das amostras são todos enfermeiros, enfermeiros supervisores e gestores das unidades de internamento, excluindo as outras profissões, com um total de amostras de 45 profissionais. Os dados serão analisados através de gráficos e tabelas apresentados em porcentagem/números reais.

**Endereço:** Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - Prédio Principal - 2º andar - Sala 202  
**Bairro:** Cerqueira César **CEP:** 05.403-000  
**UF:** SP **Município:** SÃO PAULO  
**Telefone:** (11) 3061-8858 **E-mail:** cepes@usp.br



USP - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO / EEUSP



Continuação do Parecer: 5.588/2011

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Avaliar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre clima de segurança em contextos clínicos em um Hospital privado no Estado do Paraná no Brasil.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A presente pesquisa envolve o risco de o entrevistado sentir-se desconfortável ou constrangido ao apresentar sua sincera opinião diante do que lhe for questionado. O pesquisador assumirá as responsabilidades de suporte caso ocorra danos decorrentes dos riscos previstos, garantindo suporte emocional aos entrevistados em uma eventual necessidade.

**Benefícios:**

Essa pesquisa visa contribuir para a melhoria dos processos assistenciais trazendo informação sobre cultura de segurança organizacional, evidenciando a importância em seguir metas seguindo processos normatizados e padronização da assistência, proporcionando segurança, mitigando riscos e possíveis eventos a sociedade local, que utilizam os serviços hospitalares. Terá a oportunidade de reflexão, conhecimento e atualização a categoria participante, sobre um dos processos mais importantes e em discussão que é a segurança do paciente. Em todas as etapas do estudo, o entrevistado terá acesso aos pesquisador responsável pela investigação para esclarecimento de dúvidas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante.

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

Todos os termos obrigatórios foram apresentados, assim como também foram corrigidos todos os itens que precisavam ser revistos.

**Recomendações:**

Não há.

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

Sem óbices éticos.

Todas as pendências foram atendidas.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - Prédio Principal - 2º andar - Sala 202  
Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000  
UF: SP Município: SÃO PAULO  
Telefone: (11)3061-8858 E-mail: capes@usp.br



USP - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO / EEUSP



Continuação do Parecer: 5.588.621

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1704478.pdf	10/05/2022 21:10:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto1.pdf	10/05/2022 21:08:04	KAMYLA MIRANDA NOGUEIRA COBO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pdf.pdf	10/05/2022 20:57:35	KAMYLA MIRANDA NOGUEIRA COBO	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	07/04/2022 23:11:13	KAMYLA MIRANDA NOGUEIRA COBO	Aceito
Outros	Questionario.pdf	04/04/2022 22:55:55	KAMYLA MIRANDA NOGUEIRA COBO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao.pdf	04/04/2022 22:44:10	KAMYLA MIRANDA NOGUEIRA COBO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 04 de Julho de 2022

---

**Assinado por:**  
Rita de Cassia Borges de Oliveira  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - Prédio Principal - 2º andar - Sala 202  
Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3061-0058 E-mail: cepes@usp.br

**ANEXO V – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Convido (amos) o (a) Senhor (a) para participar da pesquisa intitulada “PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM SOBRE O CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM CONTEXTOS CLÍNICOS” desenvolvida por Kamyla Miranda Nogueira Cobo, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem - Gestão em Unidade de Cuidados da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a orientação do Prof. Doutor Antonio Fernando de Salgueiro Amaral. O objetivo do estudo é avaliar o conhecimento do profissional enfermeiro sobre clima de segurança no contexto clínico, com a justificativa de trazer reflexão sobre o tema, conhecimento e sua importância, contribuindo para o cumprimento dos processos de melhoria de forma padronizada, mitigando a ocorrência de eventos adversos e evidenciando a importância das boas práticas. A convocação ocorrerá de forma online através de mensagem encaminhada via WhatsApp, o questionário será encaminhado via link no formato google form por WhatsApp, possui 41 questões com perguntas de múltipla escolha com o tempo médio de duração de 15 minutos e estará disponível entre os dias 11/04/2022 e 11/07/2022. Os participantes serão abordados de forma presencial e individualmente em cada setor do Hospital nos turnos da manhã, tarde e noite, com auxílio de uma escriturária, que disponibilizará o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), em duas vias que estará rubricada em todas as páginas e assinada pela pesquisadora, com a recolha de uma via após a assinatura do participante e a outra via disponível retida com o participante. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que pesquisa envolve o risco de o entrevistado sentir-se desconfortável ou constrangido ao apresentar sua sincera opinião diante do que lhe for questionado. O pesquisador assumirá as responsabilidades de suporte caso ocorra danos decorrentes dos riscos previstos garantindo suporte emocional aos entrevistados em uma eventual necessidade. Caso o participante tenha alguma despesa decorrente de sua participação na pesquisa, será garantido o ressarcimento sinalizado pelo participante. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a). Será garantido total liberdade na participação do estudo, caso decida não participar, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). O pesquisador estará à sua disposição em todo o período da pesquisa para esclarecimento que considere necessário. Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

---

**Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável**

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Maringá, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

---

**Assinatura do(a) participante**

Contato com o Pesquisador responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor contactar a pesquisadora Kamyla Cobo e-mail: [kamilacobo@gmail.com](mailto:kamilacobo@gmail.com) ou Orientador Prof. Doutor Antonio Fernando de Salgueiro Amaral e-mail: [amaral@esenfc.pt](mailto:amaral@esenfc.pt) ou Comitê de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra / Rua José Alberto Reis Polo C – Coimbra e-mail: [investiga@esenfc.pt](mailto:investiga@esenfc.pt)