

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS-UFAL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF  
CURSO DE ENFERMAGEM

ROBERTA SANTOS CORREIA SILVA

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE HOSPITALAR  
DE HEMODIÁLISE**

MACEIÓ  
2019

ROBERTA SANTOS CORREIA SILVA

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE HOSPITALAR  
DE HEMODIÁLISE**

Trabalho de conclusão do curso de enfermagem apresentado à Universidade Federal de Alagoas, para obtenção de certificado de graduação.

Orientadora: Profª Drª Isabel Comassetto.

MACEIÓ  
2019

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

S586c Silva, Roberta Santos Correia.  
Cultura de segurança do paciente em uma unidade hospitalar de hemodiálise /  
Roberta Santos Correia Silva. – 2019.  
53 f. : il. color.

Orientadora: Isabel Comassetto.  
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) – Universidade  
Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2019.

Bibliografia: f. 40-45.  
Apêndices: f. 46-51.  
Anexos: f. 52-53.

1. Pacientes – Medidas de segurança. 2. Hemodiálise – Pacientes. 3. Hospitais de  
ensino. 4. Profissionais da área de saúde. I. Título.

CDU: 616-083:616.61

**Folha de Aprovação**

AUTORA: ROBERTA SANTOS CORREIA SILVA

(CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE HOSPITALAR DE HEMODIÁLISE / Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas, na forma normatizada e de uso obrigatório).

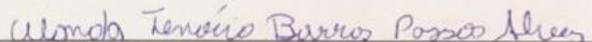
Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao corpo docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e aprovado em 25/11/2019.



---

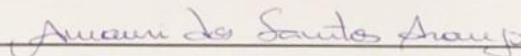
Profª Drª Isabel Comassetto da Universidade Federal de Alagoas (Orientador)

**Banca Examinadora:**



---

Enfª Wanda Tenório Barros Passos Alves do Hospital Professor Alberto Antunes  
(Examinador externo)



---

Enfª Amauri dos Santos Araujo da Universidade Federal de Alagoas  
(Examinador interno)

Dedico este trabalho a Deus, em primeiro lugar, pois sem Ele nada eu poderia ou poderei ser. Ao meu pai, Marcos, por todo incentivo e dedicação. A minha mãe, Girlane, pela força através de suas palavras para que eu não desistisse. Aos meus irmãos, Rayne, Paulo e Gabriel, por alegrarem minha vida. Aos meus avós, tios, tias, primos e primas pela sabedoria, pelos abraços e pelas conversas divertidas. Ao meu noivo, pelo cuidado e paciência. Aos meus amigos, pelo companheirismo. Aos meus mestres, pelos conhecimentos adquiridos. A todos vocês o meu muito obrigada.

“Existem dois jeitos de viver: acomodar-se ou ousar. Quando lutamos por ideias nas quais acreditamos nasce daí um sentimento de dignidade de ser alguém que faz a diferença”.

Roberto Shinyashiki

## RESUMO

**Introdução:** A segurança do paciente é fundamental para garantir qualidade no cuidado em todas as organizações de saúde. **Objetivo:** Analisar a cultura de segurança do paciente dos profissionais no serviço de hemodiálise de um hospital de ensino. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-exploratório. A coleta de dados ocorreu entre junho e agosto de 2019, através da aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, instrumento validado para a realidade brasileira e disponibilizado para utilização nos serviços de saúde, foi aplicado em 32 profissionais que trabalham em um serviço de hemodiálise, sendo disponibilizado por email e impresso. **Resultados:** Com relação ao tempo de trabalho na atual unidade do hospital, evidenciaram-se três grupos principais, um de menores de um ano na instituição (9,4%), outro de um a dez anos (59,2%) e outro de onze a vinte anos (31,1%). Os profissionais da equipe de saúde, em sua maioria (81,3%), trabalhavam nessa unidade entre 20 e 40 horas semanais. Os resultados apontaram melhores avaliações nas dimensões: trabalho em equipe e aprendizagem organizacional e melhoria contínua. Os aspectos com piores avaliações foram: transferências internas e passagem de plantão e percepção geral da segurança do paciente. Com relação à avaliação do grau de segurança do paciente 9,4% considera excelente, 56,2% muito boa e 34,4% regular. A realização de notificações de eventos adversos não está presente no cotidiano dos profissionais desta unidade, pois encontra-se em número reduzido de eventos informados nos últimos 12 meses. **Conclusão:** Este estudo mostrou uma cultura de segurança com potencial de melhorias em quase todas as dimensões, configurando-se assim um desafio para o gerenciamento de riscos, com vistas a um desenvolvimento da segurança do paciente neste serviço. Assim como, outros serviços de hemodiálise podem com base nestes resultados buscar melhor qualidade na segurança do paciente.

**Palavras-chaves:** Segurança do Paciente; Unidades Hospitalares de Hemodiálise; Equipe multiprofissional.

## ABSTRACT

**Introduction:** Patient safety is critical to ensuring quality care in all healthcare organizations. **Objective:** To analyze the patient safety culture of professionals in the hemodialysis service of a teaching hospital. **Method:** This is a quantitative, descriptive-exploratory study. Data collection took place between June and August 2019, through the application of the Hospital Survey on Patient Safety (HSOPSC) questionnaire, an instrument validated for the Brazilian reality and made available for use in health services. It was applied to 32 professionals working in a hospital hemodialysis service, being available by email and in print. **Results:** Regarding working time in the current hospital unit, three main groups were evidenced: one under one year old in the institution (9.4%), one from one to ten years old (59.2%) and another. from eleven to twenty years (31.1%). Most health team professionals (81.3%) worked in this unit between 20 and 40 hours per week. The results showed better evaluations in the dimensions: teamwork and organizational learning and continuous improvement. The aspects with the worst evaluations were internal transfers, shift change, and general perception of patient safety. Regarding the assessment of the patient's safety level, 9.4% considered it excellent, 56.2% very good and 34.4% fair. Notification of adverse events is not present in the daily lives of the professionals of this unit, as there are few reported events in the last 12 months. **Conclusion:** This study showed a safety culture with potential for improvement in almost all dimensions, thus posing a challenge for risk management, with a view to developing patient safety in this service. As well as other hemodialysis services may based on these results seek better quality in patient safety.

**Keywords:** Patient Safety; Hemodialysis Hospital Units; Multiprofessional team.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Caracterização dos participantes do estudo segundo categoria profissional (N=32).....23
- Tabela 2** – Caracterização dos participantes do estudo segundo sexo, grau de instrução, horas semanais, tempo de trabalho na atual área/unidade do hospital e na especialidade/profissão (N=32).....24
- Tabela 3** – Percentual de respostas positivas dos profissionais da equipe de saúde, conforme as dimensões da cultura de segurança do questionário, em um Sistema Urinário de um hospital de ensino de Alagoas.....28

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Porcentagens de respostas positivas, neutras e negativas das dimensões gerais do questionário. Pesquisa sobre cultura de segurança realizada em um Sistema Urinário de um hospital de ensino de Alagoas.....25
- Gráfico 2** – Avaliação do grau de segurança do paciente, na perspectiva de cada subgrupo da equipe de saúde, em um Sistema Urinário de um hospital de ensino de Alagoas.....31
- Gráfico 3** – Número de eventos adversos preenchidos e apresentados nos últimos 12 meses, na perspectiva de cada subgrupo da equipe de saúde, em um Sistema Urinário de um hospital de ensino de Alagoas.....33

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ- Agency for Healthcare Research and Quality

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CBD- Centro Brasileiro de Hemodiálise

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CSP- Cultura de Segurança do Paciente

EAs- Eventos Adversos

EUA- Estados Unidos da América

EBSERH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HSOPSC- Hospital Survey on Patient Safety Culture

HD- Hemodiálise

HUPAA- Hospital Universitário Professor Alberto Antunes

IOM- Instituto of Medicine

NSP- Núcleo de Segurança do Paciente

OMS- Organização Mundial da Saúde

PNSP- Programa Nacional de Segurança do Paciente

PSP- Plano Nacional de Segurança do Paciente

RDC- Resolução da Diretoria Colegiado

RJU- Regime Jurídico Único

SP- Segurança do Paciente

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFAL- Universidade Federal de Alagoas

WHO- World Health Organization

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	12
2	<b>METODOLOGIA</b>	18
2.1	<b>Tipo de estudo</b>	18
2.2	<b>População e amostra</b>	18
2.3	<b>Cenário de estudo</b>	18
2.4	<b>Critérios de inclusão</b>	19
2.5	<b>Critérios de exclusão</b>	19
2.6	<b>Produções de informações</b>	19
2.6.1	Instrumento de coleta de dados	19
2.6.2	Coleta de dados	20
2.6.3	Análise de dados	20
2.6.4	Variáveis do estudo	21
2.6.5	Divulgação dos dados	21
2.7	<b>Aspectos éticos</b>	21
2.8	<b>Riscos e benefícios</b>	22
3	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	23
3.1	<b>Caracterização dos participantes do estudo</b>	23
3.2	<b>Avaliação das dimensões de cultura de segurança do paciente</b>	25
4	<b>CONCLUSÃO</b>	35
	<b>REFERÊNCIAS</b>	36
	<b>APÊNDICE A - TCLE</b>	42
	<b>APÊNDICE B - Questionário</b>	44
	<b>ANEXO A - Autorização do HUPAA</b>	49
	<b>ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa-CEP/UFAL</b>	50

## 1. INTRODUÇÃO

Minha intenção para realizar este estudo baseia-se no atual crescimento relativo à atenção da cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde, visto que, a assistência com qualidade está progressivamente mais complexa, elevando assim o potencial para ocorrência de acidentes, erros ou falhas.

Pois, considerando que a saúde envolve o cuidado com o ser humano e vem acompanhada do potencial de causar eventos adversos (EAs) e comprometer a segurança do paciente (SOUSA et al., 2016). Por EAs entende-se como incidentes que resultam em dano ao paciente, ou seja, qualquer ação que leve ao paciente algum comprometimento físico, social ou psicológico, nos quais podem ser incluídas doenças, lesões, sofrimento, morte ou incapacidades (WHO, 2009).

Historicamente nesse cenário, no ano de 2000, a partir da divulgação do relatório do *Institute of Medicine (IOM) To Err is Human*, o tema segurança do paciente ganhou relevância. Segundo Brasil (2014), esse relatório mostrou que entre 44.000 e 98.000 americanos morrem anualmente em decorrência de erros da assistência à saúde, evidenciando que os danos eram causados pelo cuidado à saúde e não pela doença de base como antes se pensava, além de trazer grandes prejuízos financeiros.

Foram realizados diversos estudos necessários para alertar o mundo sobre a elevada frequência e gravidade dos danos causados pela assistência à saúde, questões essas que foram abordadas na 55ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em 2002, resultando no lançamento em 2004, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na criação da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente (OMS, 2002).

Conforme Brasil (2013), um dos objetivos dos países membros é adotar medidas de melhoria no atendimento com segurança ao paciente e aumentar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos para população. Além disso, a OMS passou a organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente, propor medidas para reduzir os riscos e atenuar os eventos adversos. Para o correto entendimento dos termos utilizados sobre segurança do paciente, as definições abaixo devem ser consideradas:

- **Segurança do paciente:** Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

- **Dano:** Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
- **Risco:** Probabilidade de um incidente ocorrer.
- **Incidente:** Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
- **Circunstância Notificável:** Incidente com potencial dano ou lesão.
- **Near miss:** Incidente que não atingiu o paciente.
- **Incidente sem lesão:** Incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos.
- **Evento Adverso:** Incidente que resulta em dano ao paciente.

Neste contexto, o Ministério da Saúde instituiu em 1º de abril de 2013, por meio da Portaria nº 529, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a fim de qualificar o cuidado em todos os estabelecimentos de saúde a nível nacional. Uma das estratégias desse programa é a vigilância e monitoramento dos incidentes na assistência à saúde. Somada a essa iniciativa, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013, publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), objetiva maior qualidade nos serviços de saúde através de ações de promoção de segurança e busca de melhoria contínua da qualidade, conforme estabelecido no Plano de Segurança do Paciente (PSP) (BRASIL, 2013).

Entre as regulamentações criadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a RDC 36/2013 estabeleceu a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em serviços de saúde, o qual desempenha papel fundamental em todo processo de implantação do PSP (BRASIL, 2013). Para que essas medidas consigam de fato reduzir a ocorrência de EAs, segundo Rigobelo (2015) é necessário que os profissionais de saúde mudem seus comportamentos e tenham liberdade para falar abertamente sobre a segurança do paciente nos serviços de saúde. A segurança do paciente deve ser vista como um compromisso de toda equipe multiprofissional, tornando todos envolvidos nas relações de trabalho e corresponsáveis na promoção de ações seguras aos pacientes (MAGALHÃES et al., 2019).

É preciso também, trabalhar na perspectiva de que o erro pode acontecer, pois antes de sermos profissionais da saúde somos seres humanos passíveis de erros e

por isso devemos buscar continuamente melhorias na assistência, mas isso só será possível se conhecermos a realidade na qual estamos inseridos.

Nota-se que mesmo com esforços sendo realizados foi evidenciado a partir do estudo de John T. James, publicado em 2013, que mais de 400.000 pessoas morrem por ano, associadas aos danos evitáveis decorrente da limitação de recursos financeiros, frágil cultura de segurança do paciente, culpabilização dos profissionais diante do erro e desconhecimento sobre como implantar ações de segurança (COSTA et al., 2018; GALVÃO et al., 2018; PRATES et al., 2019).

Somado a isso, Bray et al. (2014) e Oliveira et al. (2014) alegam que o hospital é considerado o local mais suscetível para ocorrência de EAs, devido aos procedimentos complexos realizados, ao tempo de exposição do paciente, à precariedade dos serviços prestados, à falta de dimensionamento adequado de pessoal, à carga horária excessiva e à má remuneração dos profissionais.

Atualmente, tal fato tem-se tornado um grande desafio devido ao grau de complexidade que o cuidado de saúde atingiu, e estratégias simples e efetivas podem prevenir e reduzir riscos e danos nestes serviços por meio do seguimento de protocolos específicos, associadas às barreiras de segurança nos sistemas e à educação permanente (BRAY et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2014; ROCHA et al., 2016).

Segundo a Anvisa (2016), a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) pode ser definida como o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam compromisso, estilo, proficiência, saúde de uma organização e gestão da segurança. Já para Bohrer et al. (2016) é entendida como um comportamento individual e organizacional, que busca continuamente estabelecer o compromisso com a pretensão contínua de minimizar riscos relacionados à assistência, e, conseqüentemente, auxiliar no alcance da qualidade dos serviços prestados. Por isso, é fundamental reconhecer a sua existência para que se evite a implantação de estratégias incoerentes.

Um dos passos primordiais para adoção de uma cultura de segurança e o conhecimento, por parte das organizações, da sua estrutura organizacional e do reconhecimento de seus objetivos e valores é que sejam transmitidos de forma clara e horizontal a todos os membros, estimulando atitudes e comportamentos voltados ao alcance das metas (LUIZ et al., 2015; ROCHA et al., 2016).

De acordo com a Portaria GM/MS 529 de 1º de abril de 2013,

A cultura de segurança configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: a) 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; b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013).

A CSP é considerada um importante componente estrutural dos serviços que favorece a implantação de práticas seguras e diminuição de incidentes de segurança antes de executar qualquer ação que promova a cultura de segurança na instituição ela deve, em primeiro lugar, ser avaliada e compreendida, sendo um dos principais benefícios dessa avaliação o fornecimento de um indicador concreto do estado atual da cultura, da mesma maneira que acompanha a sua evolução, depois da implementação de melhorias (ANDRADE et al., 2018; CARVALHO et al., 2017).

Existem diversas formas de avaliação da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde, sendo caracterizada pelas dimensões do hospital, referência de cuidado, tipos de profissionais, inclusive pelas situações sócio-demográficas (TOMAZONI et al., 2014). Sendo assim, avaliar a cultura de segurança é importante para medir as condições organizacionais que levam a possíveis danos ao paciente nos serviços de saúde. Para isso, utiliza-se de instrumentos como o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), que é bastante utilizado mundialmente e validado para a realidade brasileira, disponibilizado para utilização nos serviços de saúde (ANVISA, 2014; SANTIAGO; TURRINI, 2015).

Para Lemos et al. (2018), os componentes de uma cultura de segurança são o compromisso da liderança para a segurança, a comunicação aberta fundada na confiança, a aprendizagem organizacional, uma abordagem não punitiva para o relatório de eventos adversos, o trabalho em equipe, e a crença compartilhada na importância da segurança.

Marinho, Radunz e Barbosa (2014) concordam com Vincent e Amalberti (2016) quando relatam que a qualidade de colaboração e comunicação entre os profissionais possui importância no resultado de análise da cultura de segurança, visto que os

fatores individuais, profissionais, tecnológicos, terapêuticos e organizacionais, ainda que eficazes, tornam a segurança do paciente uma questão multifatorial.

Dessa forma, é fundamental que os EAs sejam considerados como consequência das condições de trabalho, dos aspectos estruturais e da complexidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde (KOLANKIEWICZ et al., 2017).

Ao vislumbrar o contexto da Hemodiálise (HD) tem-se que considerar como um tratamento de organização complexa e multidisciplinar a qual implica em um processo de filtração do sangue que se dá de forma extracorpórea, com auxílio de uma máquina e um sistema de linhas e capilar, por meio de um acesso venoso (BADAWY; MOWAFI; AL-MOUSA, 2014; DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2016; LESSA et al., 2018).

Segundo Jiménez e Macía-Heras (2018) esse tratamento envolve o uso de tecnologia avançada, em favor de pacientes com sérias e múltiplas complicações de saúde e quando ofertado aumenta o risco potencial de ocorrência de EAs. Apesar dos contínuos avanços tecnológicos e da melhora da compreensão das complicações clínicas, a sobrevivência do paciente em programa hemodialítico ainda é muito baixa quando comparada a população normal. No Brasil, o número de óbitos em diálise, em 2014, foi de 21.281, o que corresponde a uma taxa de mortalidade bruta de 19,0% (SESSO et al., 2017; PÁSSARO; D'ÁVILA, 2018).

Para Aquiar et al. (2018) e Sousa et al. (2016), isso pode estar relacionados à presença de comorbidades associadas à falência renal, ao uso recorrente de dispositivos invasivos, à polifarmácia dos quais estão submetidos, à infusão constante de medicamentos de alta vigilância como a heparina, aos longos períodos de atividade rotineira e repetitiva, à manipulação constante dos pacientes por diversos profissionais, às infecções, aos problemas relacionados ao acesso vascular e má comunicação nas decisões urgentes relacionadas ao tratamento.

A ocorrência de EAs em unidades de hemodiálise tem gerado uma preocupação devido à vulnerabilidade dos pacientes frente das condições clínicas desfavoráveis e dos seus estados críticos de saúde, fazendo com que qualquer tipo de falha possa trazer graves consequências para os pacientes.

Somando a isso, Hart (2018) afirmou que ainda há poucas organizações deste tipo com um sistema de gestão da qualidade estruturado, contemplando processos mapeados, mapas de riscos que são gerenciados, bem como protocolos e procedimentos padronizados. Acrescenta ainda, que até março de 2017, haviam

apenas 15 serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva certificados pela Organização Nacional de Acreditação.

Medidas de prevenção devem ser elaboradas e adotadas pelas instituições de saúde, a fim de garantir uma qualidade nos cuidados de saúde aos usuários desse tratamento, para que as organizações de saúde possam alcançar este objetivo é fundamental compreender as atitudes dos profissionais em relação à segurança do paciente através da implantação de estratégias seguras como a adoção de um modelo de cultura de segurança, aprimorando a assistência em saúde (PEREIRA, 2014; BATALHA; MELLEIRO, 2015; LUIZ et al., 2015).

Em razão disso, Tondo e Guirardello (2017) acreditam que a percepção dos profissionais em relação ao seu ambiente de trabalho pode influenciar na maneira como ele se vê profissionalmente e no modo como executa suas atividades, refletindo diretamente na segurança do paciente. Além disso, uma gestão do risco, associada à melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança do doente deve ser um dos principais objetivos de todos os grupos profissionais das organizações de saúde (LIMA et al., 2018).

Diante do exposto, tem-se como **hipótese** que não há uma cultura de segurança do paciente definida nos serviços de hemodiálise.

Portanto, este estudo se **justifica** pela necessidade conhecer a cultura de segurança do paciente nos serviços de hemodiálise, considerando que conforme a literatura pesquisada, não foram encontradas evidências científicas que comprovam a CSP de excelência na gestão, baseada na qualidade e que atenda ao propósito de promover segurança para o paciente.

Sua **relevância** reside na necessidade de investir no conhecimento da CSP, fundamental para que haja uma conscientização dos incidentes evitáveis, modificando a realidade de alguns serviços através da percepção dos profissionais sobre a segurança do paciente. Diante do exposto, o presente trabalho tem a seguinte **questão de pesquisa**: Qual a cultura de segurança do paciente dos profissionais que trabalham no serviço de hemodiálise?

Para tanto, O presente estudo tem como **objetivo** avaliar a cultura de segurança do paciente dos profissionais no serviço de hemodiálise de um hospital de ensino.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa. Segundo Martins (2011), a pesquisa exploratória serve para formulação de um problema para investigações mais exatas ou para a criação de hipóteses. Já a abordagem quantitativa é a quantificação que se faz dos dados obtidos, no qual o número de sujeitos participantes, as médias e porcentagens resultantes serão dispostos sob a forma de tabelas e gráficos.

### **2.2 População e amostra**

Os participantes desse estudo foram os profissionais da equipe de saúde do Sistema Urinário do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA, composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, médicos, psicóloga, nutricionista, assistente social, administradores, recepcionista, técnicos de água e funcionários da limpeza e higienização.

Dos 36 profissionais que trabalham nessa unidade, 32 atenderam aos critérios de inclusão e quatro (04) aos critérios de exclusão durante o período da pesquisa. A amostra total foi composta tanto pelos funcionários contratados pelo Regime Jurídico Único (RJU), quanto pelos contratados da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

### **2.3 Cenário de estudo**

O estudo foi realizado no Sistema Urinário do HUPAA que oferece o tratamento de hemodiálise para pacientes com insuficiência renal crônica. A unidade hospitalar estudada é estruturada para atender 24 pacientes cadastrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com insuficiência renal crônica, para atendimentos ambulatoriais e para intercorrências, nas seguintes especialidades de Nefrologia, Urologia, Pediatria, Clínica Geral, Nutricionista, Cirurgia geral, Psicologia, Assistente Social, Enfermagem, Medicina Geral Comunitária, Proctologia e Endocrinologia/metabologia.

Além disso, possui oito (08) máquinas de hemodiálise, sendo uma delas utilizada para as urgências interdialíticas para os pacientes que residem em Maceió. Funciona em dois (02) turnos manhã e tarde, no horário das 7 às 17 horas, de segunda

à sábado. O período noturno é destinado ao atendimento das possíveis intercorrências dos pacientes com insuficiência renal (HUPAA-UFAL/EBSERH, 2015).

#### **2.4 Critérios de inclusão**

Funcionários envolvidos no cuidado à saúde no Sistema Urinário do HUPAA, que estejam na instituição há mais de seis meses.

#### **2.5 Critérios de exclusão**

Funcionários que estavam em período de férias ou afastados por licença médica durante o período estipulado para a coleta dos dados.

#### **2.6 Produções de informações**

##### **2.6.1 Instrumento de coleta de dados**

Foi utilizado o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), bastante utilizado mundialmente, validado para a realidade brasileira e disponibilizado para utilização nos serviços de saúde.

Segundo Santiago (2015), o HSOPSC (Apêndice B) apresenta 42 itens distribuídos em 12 dimensões, tais como:

- D1: Trabalho em equipe na unidade;
- D2: Expectativas/ações dos supervisores;
- D3: Aprendizado organizacional e melhoria continua;
- D4: Feedback e comunicação de erro;
- D5: Abertura para comunicações;
- D6: Pessoal;
- D7: Respostas não punitivas aos erros;
- D8: Apoio da gestão hospitalar;
- D9: Trabalho em equipe entre as unidades;
- D10: Transferências internas e passagem de plantão;
- D11: Percepção geral de segurança do paciente;
- D12: Frequência de eventos adversos relatados.

Os itens são avaliados a partir de uma escala de Likert de cinco pontos, com categorias de respostas em grau de concordância. A avaliação de cada dimensão e item é estimada com base no percentual de respostas. Valores percentuais mais altos

ou mais baixos indicam percepções positivas e negativas, respectivamente, em relação à cultura de segurança do paciente, dependendo da assertiva que foi assinalada no item de avaliação. O grau de concordância está disposto às notações como, “DT” – discordo totalmente; e “D” – discordo; “NC” e “ND” – não concordo e nem discordo; “C” – concordo; e “CT” – concordo totalmente, bem como “N” – nunca; “R” – raramente; “AV” – às vezes; “QS” – quase sempre; e “S” – sempre.

### **2.6.2 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada entre junho e agosto de 2019 após a autorização do HUPAA (Anexo A) para a realização da pesquisa, submissão e aprovação pelo Comitê de ética e pesquisa-CEP/UFAL (Anexo B). Inicialmente buscou-se contato individualmente com cada profissional, a fim de fazer o convite para pesquisa e esclarecer o objetivo da mesma de forma clara, garantindo-lhes os seus direitos de preservar ou de recusar a participação, não importando a fase que a pesquisa se encontre e não havendo dano ou prejuízo de qualquer ordem.

Após essa abordagem a pesquisadora explicou aos participantes sobre a garantia de privacidade alicerçada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), sendo realizada a leitura individual a cada envolvido e a solicitação de assinatura para autorização da utilização dos dados coletados para o estudo, ressaltando que o TCLE teve duas vias por entrevista, ficando uma via com o pesquisado, e a outra com a pesquisadora. Nesse documento constava que as informações serão utilizadas para a melhoria da qualidade da saúde/comunicação no HUPAA e fins científicos posteriormente, mantendo em sigilo no que diz respeito ao nome dos entrevistados que não será revelado, em conformidade com a resolução nº 466/12 e nº 510/16, visando a proteção dos participantes envolvidos.

Em seguida foi passada uma lista no setor para recolher o endereço eletrônico dos profissionais, a fim de obter o máximo de respostas possíveis por e-mail. Mas também, a coleta de dados foi complementada presencialmente com o preenchimento dos questionários impressos para os participantes que não responderam o questionário via correio eletrônico, inserindo também os que não possuem e-mail.

### **2.6.3 Análise de dados**

Os dados coletados foram organizados e armazenados em planilhas do Microsoft Excel® versão 2007, e, posteriormente, submetidos à análise estatística descritiva com o auxílio do mesmo aparato tecnológico, obtendo-se tabelas e gráficos.

#### **2.6.4 Variáveis**

Neste estudo foram utilizadas as variáveis sócio-demográficas para traçar o perfil dos participantes como categorial profissional, sexo, grau de instrução, horas semanais, tempo de trabalho na atual área/unidade e tempo de trabalho na especialidade/profissão para traçar o perfil dos participantes.

Também foram utilizadas as variáveis do próprio questionário HSOPSP, estimadas com base no percentual de respostas positivas, neutras e negativas para avaliar a cultura de segurança do paciente segundo a percepção dos profissionais do Sistema Urinário do HUPAA tais como: Trabalho em equipe na unidade; Expectativas/ações dos supervisores; Aprendizado organizacional e melhoria contínua; Feedback e comunicação de erro; Abertura para comunicações; Pessoal; Respostas não punitivas aos erros; Apoio da gestão hospitalar; Trabalho em equipe entre as unidades; Transferências internas e passagem de plantão; Percepção geral de segurança do paciente; Frequência de eventos adversos relatados.

As dimensões do questionário HSOPSP são divididas em níveis de unidade/setor, de organizacional e de resultado da cultura de segurança do paciente.

#### **2.6.5 Divulgação dos dados**

Os resultados da pesquisa foram divulgados na Universidade Federal de Alagoas a uma banca especializada que analisou o trabalho. Posteriormente esses dados serão incorporados ao acervo da Biblioteca Central da mesma instituição por cinco anos e também apresentados em congressos e submetidos sob forma de artigo científico a revista especializada.

### **2.7 Aspectos éticos**

O estudo foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos éticos das Resoluções 466/12 e 510/16 que tratam das pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi autorizada pelo HUPAA e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas, sob o número de CAAE:

01509419.5.0000.6014. Os participantes foram solicitados a assinar o TCLE, após aceitarem participar do estudo voluntariamente.

## **2.8 Riscos e Benefícios**

A pesquisadora se propôs a garantir a segurança de que os danos previsíveis ao responder o HSOPSC como desconfortos, constrangimento, estresse, exposição, ansiedade, expor sua opinião relativa à prática nas atividades profissionais, quebra de sigilo de determinada situação, falta de argumentos e até mesmo falta de tempo para respondê-lo seriam evitados com a análise dos riscos e benefícios individuais, atuais ou potenciais, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.

Conforme as características e circunstâncias da pesquisa, uma importante medida de prevenção em relação a tais riscos foi a compreensão prévia de todos os participantes de pesquisa acerca do objetivo e do instrumento a ser utilizado no estudo. Caso haja desconforto ao responder o questionário, esse será interrompido, sendo retomado somente a seu critério, para este momento a pesquisadora disponibilizará assistência através da escuta atenciosa e o participante terá seus sentimentos acolhidos. Além disso, a pesquisadora aceitará os momentos que não seja cabível ir além em determinadas questões, sendo estes momentos respeitados e, se for necessário, será marcado outro encontro para dar prosseguimento a pesquisa.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Caracterização dos participantes do estudo

Participaram da pesquisa um total de 32 profissionais. Dentre os participantes, em 100% dos cargos e funções exercidos, há interação ou contato direto com os pacientes. Esse dado se aproxima ao apresentado por Costa et al. (2018) quando em seu estudo evidenciou um resultado de 94,7%. Em contrapartida, o estudo de Andrade et al. (2018) apresentou uma diminuição da interação e do contato entre o profissional e o paciente com um resultado de 78,5%.

Conforme a tabela 1, para uma melhor análise dos dados foi realizado um agrupamento das categorias em quatro subgrupos: enfermeiros (4 respondentes); técnicos e auxiliares de enfermagem (13 respondentes); médicos (6 respondentes) e demais profissionais como nutricionista, psicóloga, recepcionista, administradores, técnicos de água e higienização e limpeza (9 respondentes). Observa-se que a categoria profissional auxiliar e técnico de enfermagem corresponde a 40,8 % neste estudo.

**Tabela 1: Caracterização dos participantes do estudo segundo categoria profissional (N=32)**

<b>Categoria Profissional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Enfermeiro	4	12,5
Auxiliar e Técnico de Enfermagem	13	40,8 ←
Médico	6	18,7
Demais profissionais	9	27,9

**Fonte:** Elaborada pelo autor, 2019.

Quanto às características sócio demográficas, apresentadas na tabela 2, houve predomínio de pessoas do gênero feminino (68,8%), que foi ainda mais acentuado na equipe de enfermagem (88,2%) corroborando com o estudo de Costa et al. (2018) que apresentou 84,7% de profissionais eram do sexo feminino.

Os profissionais da equipe de saúde, em sua maioria (81,3%), trabalham nesta unidade entre 20 e 40 horas semanais (Tabela 2). Esse dado se assemelha ao

encontrado por Minuzz et al. (2016) em estudo realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva que apresenta uma carga horária semanal de trabalho entre 30 e 40 horas, relatada pela maioria dos profissionais (52,54%). Quanto ao grau de instrução dos participantes, a maioria dos respondentes (59,4%) possuem nível superior completo (Tabela 2).

Com relação ao tempo de trabalho na atual área/unidade do hospital, evidenciaram-se três grupos principais conforme a Tabela 2: o primeiro atuando em menos de um ano na instituição (9,4%); o segundo entre um a dez anos (59,4%); e, o terceiro entre onze a vinte anos (31,2%). Quanto ao tempo de trabalho na especialidade/profissão, 62,5 % possuíam entre 11 e 20 anos de atuação nas suas respectivas profissões (Tabela 2). Em comparação com o estudo realizado por Carvalho et al. (2015), onde a média do tempo de atuação encontrada foi de 9,9 anos.

Dessa forma, observa-se que os resultados desta pesquisa demonstram uma maior experiência e estabilidade na carreira profissional, o que pode ser considerado um aspecto favorável para a segurança do paciente ou desfavorável pelo fato dos profissionais se acomodarem com a rotina por ser um serviço especializado.

**Tabela 2: Caracterização dos participantes do estudo segundo sexo, grau de instrução, horas semanais, tempo de trabalho na atual área/unidade do hospital e na especialidade/profissão (N=32)**

	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	22	68,8 ←
Masculino	10	31,2
<b>Grau de instrução</b>		
Ensino superior (Completo)	19	59,4 ←
Ensino superior (Incompleto)	6	18,7
Ensino médio (Completo)	7	21,9
<b>Horas semanais</b>		
Menos de 20 horas	1	3,1
20-40 horas	26	81,3 ←
40-60 horas	5	15,6
<b>Tempo de trabalho na atual área/unidade</b>		
Menores de 1 ano	3	9,4
1-10 anos	19	59,4 ←
		Continua

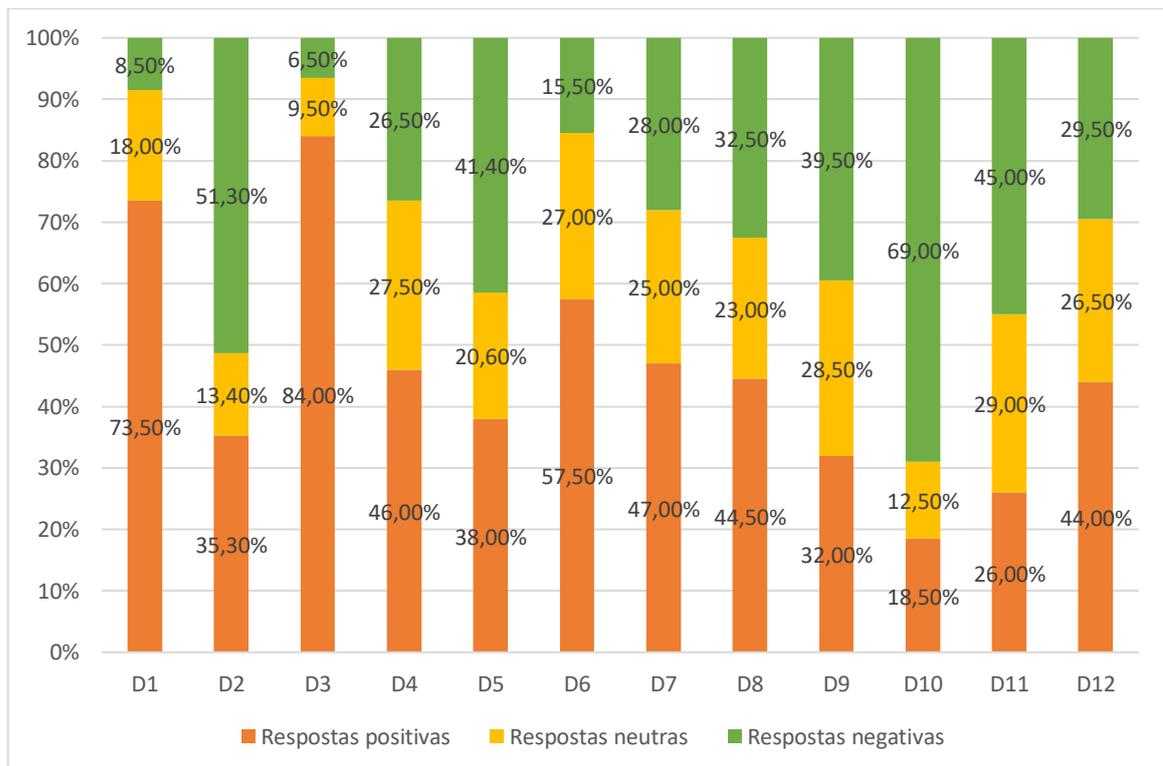
		Conclusão
11-20 anos	10	31,2
<b>Tempo de trabalho na especialidade/profissão</b>		
1-5 anos	7	21,9
6-10 anos	5	15,6
11-20 anos	20	62,5 ←

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

### 3.2 Avaliação das dimensões de cultura de segurança do paciente

O gráfico 1 mostra a distribuição percentual de respostas positivas, neutras e negativas dos profissionais da equipe de saúde do Sistema Urinário em relação às doze dimensões avaliadas pelo instrumento.

**Gráfico 1 – Porcentagens de respostas positivas, neutras e negativas das dimensões gerais do questionário. Pesquisa sobre cultura de segurança realizada em um Sistema Urinário de um hospital de ensino de Alagoas**



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Segundo a *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* considera-se uma cultura de segurança fortalecida quando a porcentagem de respostas positivas for igual ou maior do que 75% e fragilizada quando essa porcentagem se apresentar

igual ou menor do que 50%. Enquanto que valores entre 75% e 50% são considerados como uma cultura de segurança neutra.

Considerando essas orientações, este estudo classifica, na percepção da equipe de saúde do Sistema Urinário, apenas a dimensão “Aprendizagem organizacional e melhoria contínua” (D3) como área de força (Gráfico1). Tal achado, segundo Lemos et al. (2018) demonstra que a maioria dos profissionais considera que o ambiente de trabalho promove oportunidades de aprendizagem, a fim de prevenir os erros através da identificação de situações de insegurança do paciente.

Já na pesquisa de Minuzz et al. (2016), a maioria dos técnicos e auxiliares de enfermagem (72,41%) mencionaram que os profissionais da equipe estão sempre tendo atitudes para melhorar a segurança do paciente. Dados semelhantes puderam ser constatados nesta pesquisa ao revelar que 87,17% de técnicos e auxiliares de enfermagem concordam com os profissionais do estudo anteriormente citado (Tabela 3).

As dimensões “Trabalho em equipe na unidade” (D1) e “Pessoal” (D6) receberam um percentual de respostas positivas entre 75% e 50%, caracterizando-as como áreas neutras (Gráfico 1).

Em relação ao trabalho em equipe, Lemos et al. (2018) afirmam que para uma cultura de segurança positiva, é imprescindível que o trabalho em equipe, dentro das unidades, seja estimulado, ou seja, deve corresponder ao apoio que os funcionários oferecem uns aos outros, trabalhando juntos e de modo respeitoso. A discussão dessa dimensão com base nas respostas apresentadas para a dimensão (D1) aponta que existe de fato respeito entre eles e apoio por parte da maioria na unidade de trabalho quando há muito trabalho a ser feito, segundo as percepções dos profissionais desta unidade.

Segundo Fontes-Mota (2018), a dimensão “Pessoal” (D6) busca avaliar o número de profissionais no serviço e a quantidade de horas trabalhadas. De acordo com essa colocação, entende-se que um número adequado de profissionais deve ser prioridade e responsabilidade da instituição, possibilitando assim uma redução de riscos aos pacientes. Contudo, para Andrade et al. (2018) a fragilidade no dimensionamento de pessoal pode ser reflexo da insatisfação com as condições de trabalho, a carga excessiva de trabalho, jornada de trabalho desgastante e trabalho sob pressão (ANDRADE et al., 2018). Nesta unidade, os profissionais apresentam

neutralidade quanto ao dimensionamento de pessoal, não concordam e nem discordam com a quantidade de profissionais no serviço.

No presente estudo, nota-se ainda que as demais dimensões foram consideradas como áreas fracas, sendo os aspectos com potencial de melhoria as dimensões D10 e D11, “Transferências internas e passagem de plantão” (18,5 %) e “Percepção geral da segurança do paciente” (26,0 %). Enquanto que a pesquisa de Silva-Batalha e Melleiro (2015), realizada nas diferentes unidades de um hospital de ensino do Estado de São Paulo, considerou a dimensão “Pessoal” (D6) como uma das piores distribuições.

Devido à dimensão “Transferências internas e passagem de plantão” (D10) ter se mostrado fragilizada é importante chamar a atenção para a necessidade de investimento na melhoria desse processo, por ser considerado um momento do cuidado de alto risco para possíveis causas de incidentes (FONTES-MOTA et al., 2018). Logo, Sousa e Mendes (2014) afirmam que é fundamental a existência de uma padronização de uma passagem de plantão, esse processo deve ocorrer em local e horário adequados, os profissionais devem estar envolvidos e atentos pelo tempo necessário, devendo haver o registro dos itens mais importantes de forma clara a fim de que atitudes sejam tomadas.

Evidências como essas não foram encontradas no presente estudo, por não apresentar passagem de plantão eficiente de forma a garantir as informações necessárias para continuidade do cuidado de qualidade.

Na “Percepção geral da segurança do paciente” (D11) os profissionais desta pesquisa acreditam que a unidade apresenta problemas de segurança do paciente, afirmando que os procedimentos e sistemas não são adequados para prevenir erros e que em algumas situações a segurança do paciente é colocada em risco para atender a alta demanda de trabalho, assemelhando-se ao estudo Minuzz et al. (2016) apenas quanto à apresentação de problemas de segurança do paciente. Segundo Lemos et al. (2018), a percepção diária de situações de risco se configura em medida importante, pois colabora para o adequado gerenciamento do cuidado, com enfoque na prevenção do erro e o no estabelecimento da cultura de segurança na instituição.

No que diz respeito às dimensões da cultura de segurança do paciente, a tabela 3 apresenta os percentuais de respostas positivas dos profissionais dos subgrupos anteriormente descritos para cada dimensão da cultura de segurança, visando uma melhor análise dos dados.

**Tabela 3 - Percentual de respostas positivas dos profissionais da equipe de saúde, conforme as dimensões da cultura de segurança do questionário, em um Sistema Urinário de um hospital de ensino de Alagoas**

Dimensões	Enfermeiros (n=4)	Téc. e Aux. de Enfermagem (n=13)	Médicos (n=6)	Demais profissionais (n=9)
<b>D1: Trabalho em equipe na unidade</b>	87,50% ←	75,00% ←	87,50% ←	55,55% ←
<b>D2: Expectativas/ações dos supervisores</b>	43,75%	30,76%	37,50%	36,11%
<b>D3: Aprendizagem organizacional e melhoria contínua</b>	91,66% ←	87,17% ←	77,77% ←	77,77% ←
<b>D4: Feedback e comunicação de erro</b>	66,66% ←	43,58%	38,88%	40,74%
<b>D5: Abertura para comunicações</b>	43,75%	36,53%	37,50%	33,33%
<b>D6: Pessoal</b>	83,33% ←	43,58%	77,77% ←	51,85% ←
<b>D7: Respostas não punitivas aos erros</b>	66,66% ←	41,02%	61,11% ←	37,03%
<b>D8: Apoio da gestão hospitalar</b>	41,66%	41,02%	61,11% ←	33,33%
<b>D9: Trabalho em equipe entre as unidades</b>	43,75%	26,92%	20,83%	38,88%
<b>D10: Transferências internas e passagem de plantão</b>	12,50%	21,15%	8,33%	25,00%
<b>D11: Percepção geral de segurança do paciente</b>	18,75%	19,23%	37,50%	30,55%
<b>D12: Frequência de eventos adversos relatados</b>	41,66%	43,48%	33,33%	48,14%

**Fonte:** Elaborada pelo autor, 2019.

Ao analisarmos separadamente os subgrupos, sob a óptica dos enfermeiros, as dimensões “Trabalho em equipe na unidade” (D1), “Aprendizagem organizacional e melhoria contínua” (D3) e “Pessoal” (D6) foram consideradas áreas fortes, porque os enfermeiros deste serviço exercem tanto a função de líder na equipe de enfermagem quanto educador, características como essas influenciam positivamente na assistência ao cuidado com o paciente.

Enquanto que as dimensões “Feedback e comunicação de erro” (D4) e “Respostas não punitivas aos erros” (D7) foram consideradas áreas neutras, porque a punição ao erro ainda está presente na cultura de forma geral para todos os profissionais, desafio que deve ser trabalhado como prioridade para que de fato exista uma comunicação efetiva dos erros como forma de conhecer os mais frequentes e assim poder evitá-los.

No tocante ao “Feedback e comunicação de erro” (D4), como afirma Minuzz et al. (2016), os profissionais que trabalham na linha de frente do cuidado precisam ser ouvidos, tomar conhecimento das ocorrências de erros e receber um retorno sobre as mudanças implementadas a fim de evitar recidivas, visto que a promoção de *feedback* e o estabelecimento de laços de confiança entre os membros da equipe é uma importante propriedade da cultura de segurança.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 2008 que a presença de uma cultura não punitiva frente a ocorrência de eventos deveria ser um componente caracterizador da CSP nas organizações de saúde, devendo ser priorizada as causas para a ocorrência dos incidentes. Comumente os eventos adversos são associados ao erro humano individual, no entanto, devem-se considerar como desencadeadores as condições de trabalho, os aspectos estruturais e a complexidade das atividades desenvolvidas (OLIVEIRA et al., 2014; WHO,2008).

Segundo Minuzz et al. (2016) essa cultura punitiva tende a desencorajar o relato do erro pelos profissionais, negligenciando assim informações valiosas, o que impossibilita a análise das situações e condições as quais contribuem para a ocorrência do evento e a recorrência do erro. Dessa forma, percebe-se que é preciso estimular os profissionais desde estudo para o fortalecimento da confiança entre ele, promovendo a comunicação do erro ao invés da punição.

Para os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, as dimensões “Trabalho em equipe na unidade” (D1) e “Aprendizagem organizacional e melhoria contínua” (D3) foram consideradas áreas fortes e nenhuma dimensão foi considerada como neutra nesse subgrupo (Tabela 3). Observa-se também que a dimensão “Pessoal” (D6) não foi considerada forte nesse subgrupo, ao contrário dos profissionais Enfermeiros e Médicos, uma vez que, os técnicos e auxiliares de enfermagem consideram o quantitativo de profissionais insuficiente.

O problema de sobrecarga na enfermagem pode está intimamente relacionado ao quantitativo insuficiente de profissionais, às condições de trabalho e à jornada em

regime de plantões em mais de um serviço, sendo considerados fatores de risco para a segurança do paciente, ou seja, existe uma relação entre a segurança do paciente e o quantitativo de enfermagem, enfatizando a importância do correto dimensionamento de recursos humanos (COSTA et al., 2018; NOVARETTI et al., 2014).

Segundo a Portaria 1.675 de 07 de junho de 2018 no art. 83 é estabelecida uma proporção mínima obrigatória em cada turno de 1 (um) médico nefrologista e 1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes e 1 (um) técnico de enfermagem para cada 6 (seis) pacientes. Entretanto, isso causou prejuízos graves a assistência, fazendo com que o Conselho Federal de Enfermagem intervisse juridicamente, em 26 de julho de 2019 para a adoção de medidas do parâmetro anteriormente estabelecido como 1 (um) enfermeiro para cada 35 pacientes e de 1 (um) técnico de enfermagem para cada 4 (quatro) pacientes, isso é bastante recente e está em andamento.

Na tabela 3, os médicos consideram como áreas fortes as mesmas dimensões consideradas pelos profissionais enfermeiros, porém como áreas neutras apresenta as dimensões “Respostas não punitivas aos erros” (D7) e “Apoio da gestão hospitalar” (D8). Essa última, obteve porcentagem positiva (61,11%) maior do que nas subcategorias profissionais elencadas, porque como estão no topo da hierarquia profissional culturalmente consideram que os médicos têm apoio por parte do hospital, visto que muitos deles estão envolvidos com a direção hospitalar e quem está na base não tem essa mesma visão.

O apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente oferece um clima de trabalho que promove essa prática, pois gestão e lideranças possuem papel fundamental, devido à influência que exercem sobre os profissionais, motivando-os a participarem da análise do contexto ao qual estão inseridos e da tomada de decisão. Assim, nota-se que as relações de poder interferem na abertura da comunicação e sinaliza que mudanças de paradigmas devem ser realizadas nas práticas de trabalho (COSTA, 2014; SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2016).

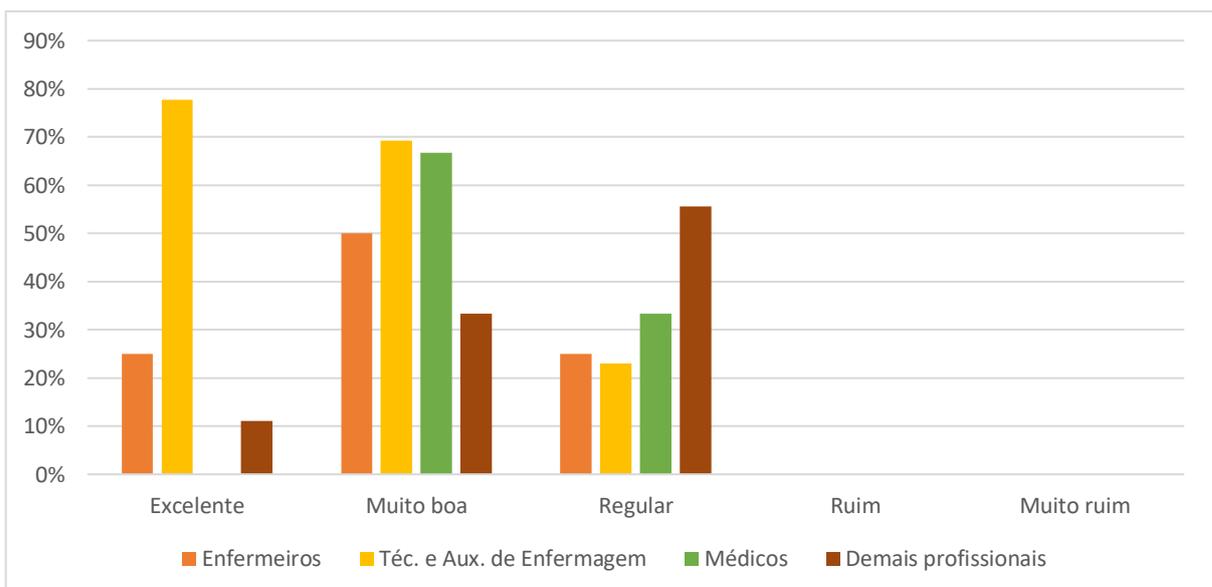
Quanto às falhas e necessidades de melhorias, Tobias et al. (2016) sugere que seja implantado um programa multidimensional para avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados através de produção de informações para tomada de decisões, para tal, é preciso padronizar os processos na prática diária, visto que tal medida contribui para redução de EAs. Mello (2011) afirma que os profissionais devem perceber que realmente existe interesse, envolvimento e investimento por parte dos gestores para a segurança do paciente, percepção que foi evidenciada apenas pelos profissionais

médicos neste estudo. Ou seja, o compromisso da segurança deve envolver a organização em todos os níveis hierárquicos.

Para os demais profissionais, somente a dimensão “Aprendizagem organizacional e melhoria contínua” (D3) é considerada como área forte, confirmando com os profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que de fato existe no serviço uma busca para melhoria da qualidade. Enquanto que as dimensões “Trabalho em equipe na unidade” (D1) e “Pessoal” (D6) são consideradas como áreas neutras (Tabela 3), não sendo consideradas fortalecidas por ser uma categoria composta por profissionais de diversas áreas.

Com relação à avaliação do grau de segurança do paciente, os resultados encontrados neste estudo estão apresentados no gráfico 2. Essa seção busca conhecer a percepção dos respondentes por meio de uma nota sobre a segurança do paciente, optando entre excelente, muito boa, regular, ruim e muito ruim. Além disso é considerada como dimensão de resultado, por isso faz-se necessário conhecer o grau de segurança tanto de maneira geral, quanto separada através das percepções de cada subgrupo de profissionais.

**Gráfico 2 - Avaliação do grau de segurança do paciente, na perspectiva de cada subgrupo da equipe de saúde, em um Sistema Urinário de um hospital de ensino de Alagoas**



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

Este estudo considerada como o grau de segurança como “muito boa” (60%) pela maioria dos profissionais, assemelhando-se com esse achado, o estudo de Costa et al. (2018), realizado em duas unidades hospitalares localizadas no Norte do estado do Pará no Brasil, analisou a segurança do paciente com categoria muito boa, totalizando 51% dos respondentes.

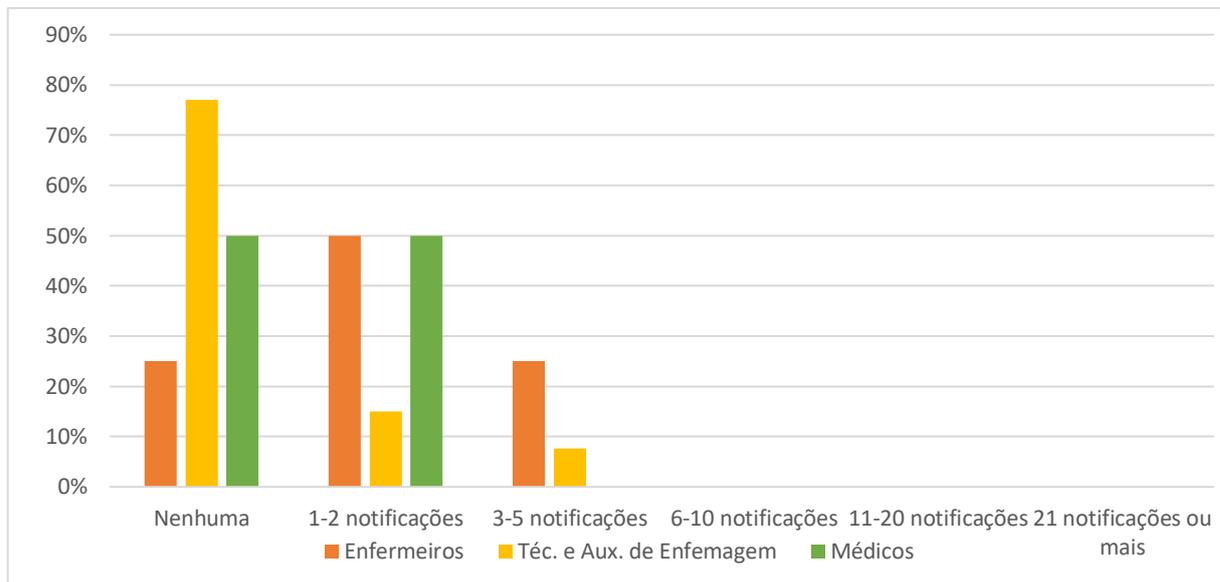
Ainda sobre o Gráfico 2, a categoria demais profissionais (55,60%) avaliam o grau de segurança do paciente como regular, isso porque eles não estão diretamente na assistência ao paciente renal assim como as demais categorias profissionais descritas neste estudo. Nota-se com isso que o grau de segurança ocorre de forma individual para cada categoria profissional, porque essa dimensão não está associada com outros itens como acontece com as demais dimensões do questionário HSOPSC.

Segundo Singer e Vogus (2013), a cultura de segurança dificilmente é percebida da mesma forma por toda a organização. Essa percepção pode variar com diversos aspectos, tais como: a posição hierárquica do trabalhador e a categoria profissional ao qual ocupa. Isso foi observado no presente estudo com relação as diferentes visões dos profissionais. Por isso, deve-se investir no envolvimento de todos os profissionais para que haja um aprimoramento da segurança do paciente nos serviços de saúde, visto que a criação de CSP requer a participação de todos os membros envolvidos no cuidado, a fim de se alcançar os resultados desejados.

Outra dimensão de resultado analisada neste estudo diz respeito a relação de eventos adversos. Essa seção busca conhecer a percepção dos respondentes por meio da quantidade de EAs relatados no período de 12 meses para analisar as notificações dos incidentes, optando entre nenhuma, entre uma (1) e duas (2), entre três (3) e cinco (5), entre seis (6) e dez (10), entre 11 e 20 e 21 ou mais notificações.

No gráfico 3 a seguir, nota-se que 60,33% dos profissionais não realizaram nenhuma notificação nos últimos 12 meses, seguido daqueles que realizaram de 1 a 2 notificações (28,75%) e 3 a 5 notificações (10,92%). Liu et al. (2014) também relatou que 67,4% dos respondentes não reportaram relatórios de EAs, utilizando o mesmo período estabelecido pelo o questionário HSOPSC. Com isso, observa-se que essa prática de notificação de incidentes não está presente no cotidiano dos profissionais desta unidade hospitalar de hemodiálise.

**Gráfico 3 - Número de eventos adversos preenchidos e apresentados nos últimos 12 meses, na perspectiva de cada subgrupo da equipe de saúde, em um Sistema Urinário de um hospital de ensino de Alagoas**



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2019.

Os resultados dos dados presente no Gráfico 3 demonstram que nesta unidade hospitalar de hemodiálise existe subnotificações, uma possível falta de informação sobre os relatórios ou de conscientização acerca da importância do preenchimento dos mesmos, visto que 77% dos técnicos e os auxiliares de enfermagem relataram que nunca preencheram o formulário de notificações e além disso durante a coleta de dados houve um relato errôneo do técnico de água ao confundir os erros das máquinas de hemodiálise com EAs, o que levou a responder que durante o período de um ano apresentou 21 notificações, demonstrando que não tem conhecimento desse instrumento.

De acordo com Costa et al. (2018) a notificação de EAs é fundamental para que os profissionais consigam enxergar os riscos presentes nos processos de trabalho, adotando medidas de prevenção dos eventos ou de barreiras à sua reincidência, avaliando-as para evidenciar tais melhorias na prática do trabalho. Por outro lado, Batista et al. (2019) afirmam que uma percepção da ausência de ações corretivas e preventivas concorre para progressiva subnotificação, a qual gera falhas no diagnóstico dos problemas relativos a segurança do paciente.

De fato, os resultados sobre as notificações de EAs no presente estudo mostra uma situação frágil a ser trabalhada por parte da equipe multiprofissional desta

unidade hospitalar de hemodiálise através da conscientização do relato e capacitação profissional para conhecimento e preenchimento correto dos possíveis incidentes característicos do local com objetivo de evitá-los.

#### **4. CONCLUSÃO**

Acredita-se que o objetivo deste estudo foi alcançado, o que permitiu avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais do serviço de hemodiálise de um hospital de ensino, contribuindo assim para a Enfermagem através da produção científica sobre a temática, que poderá servir de comparativo e auxiliar outros estudos com a mesma proposta.

Nota-se que a avaliação da cultura de segurança do paciente é apenas o primeiro passo com vistas à prestação de uma assistência segura, pois neste estudo observa-se vários pontos relevantes da CSP, assim como fragilidades afim de sensibilizar e conscientizar os profissionais, principalmente, líderes e gestores do hospital, além de tais apontamentos se constituírem como oportunidades de melhoria e fortalecimento da cultura de segurança do paciente na instituição.

Percebe-se como um dos pontos positivos deste estudo, a colaboração dos profissionais desta unidade em participar da pesquisa, apesar da dificuldade encontrada pela pesquisadora quanto ao acesso dos mesmos, além da escassez de estudos que abordem esse tema nos serviços de hemodiálise.

Neste sentido, sugere-se que para um diagnóstico final, outro estudo seja feito nas unidades hospitalares de hemodiálise através de uma amostra maior, possibilitando um resultado estatisticamente significativo que sirva de comparação com outros estudos.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. E. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.1, p. 161-172, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000100161](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100161)>. Acesso em: 20 de set de 2019.
- AGUIAR, Letícia Lima et al. Validação de instrumento de avaliação da segurança de pacientes renais em hemodiálise. **Acta paul. Enferm.** v.3, n.6, 2018. Disponível em: <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002018000600609](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000600609)>. Acesso em: 22 de jan de 2019.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC no 36 de 35 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e das outras providencias. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 26 de julho de 2013. Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC\\_36\\_2013\\_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e)>. Acesso em 02 de fev de 2019.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa; 2014. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6+-+Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c>>. Acesso em: 4 de jan de 2019.
- BADAWY, D.A. MOWAFI, H.S. AL-MOUSA, H.H. Surveillance of dialysis events:12-Month experience at five outpatient adult hemodialysis centers in Kuwait. **J Infect Public Health**. 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187620034114000732>>. Acesso em: 22 de jan de 2019.
- BATALHA, E. M. S. S; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enferm: Florianópolis**, v. 24, n. 2, p. 432-441. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt\\_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf)>. Acesso em: 03 de jul de 2018.
- BOHRER, Cristina Daiana et al. COMUNICAÇÃO E CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR: VISÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL. **Rev Enferm UFSM**. v. 6, n. 1, p. 50-60, 2016. Disponível em: <[https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19260/pdf\\_1](https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19260/pdf_1)>. Acesso em: 03 de dez de 2018.
- BRAY, B. D. et al. Quão segura é a terapia de substituição renal? Um estudo nacional de mortalidade e eventos adversos que contribuem para a morte de receptores de terapia renal substitutiva. **Nephrol Dial Transplant** . v.29, n.3, p. 681-

687, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24068777>>. Acesso em: 02 de fev de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde**; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>. Acesso em 22 de jan de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529 de 01 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2 de abr 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em 25 de jan de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.675, de 7 de junho de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <<http://www.abcdt.org.br/wp-content/uploads/08-06-2018-PORTARIA-N%C2%BA-1675-altera-a-portaria-n%C2%BA-30-e-06-de-consolida%C3%A7%C3%A3o-financiamento-da-DRC-Revoga-a-389-14.pdf>>. Acesso em 20 de set de 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Justiça concede limiar que garante proporção mínima para hemodiálise. **Cofen**, 2019. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/justica-concede-liminar-que-garante-proporcao-minima-para-hemodialise\\_72675.html](http://www.cofen.gov.br/justica-concede-liminar-que-garante-proporcao-minima-para-hemodialise_72675.html)>. Acesso em: 16 de nov de 2019.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assistencia+Segura+-+Uma+Reflexao+Teorica+Aplicada+a+Pratica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>>. Acesso em 12 de outubro de 2019.

CARVALHO, P. A. et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n.6, p.1041-1048, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt\\_0104-1169-rlae-23-06-01041.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01041.pdf)>. Acesso em: 21 de set de 2019.

CARVALHO, R. E. F. L. et al. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100310&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100310&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 15 de jan de 2019.

COSTA, D.B. et al. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018. Disponível em:

< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000300303&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000300303&script=sci_abstract&lng=pt) >. Acesso em: 22 de fev de 2018.

COSTA, Daniele Bernardi da. **Cultura de segurança do paciente sob a ótica da equipe de enfermagem em serviços hospitalares**. Ribeirão Preto, 2014. 97 p. Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

DAUGIRDAS, J.T. BLAKE, P.G. ING, T. S. **Manual de diálise**. 5º ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan. 2016.

FONTES-MOTA, Gêssica Caroline Henrique. **A percepção dos profissionais de saúde sobre cultura de segurança do paciente em hospital universitário**. São Paulo, 2018. 141 p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo.

GALVÃO, Taís Freire, et al. Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2018. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt\\_0104-1169-rlae-26-e3014.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3014.pdf)>. Acesso em 2 de jan de 2019.

HART, Christian. Segurança do Paciente em Serviços de Diálise. **Jornal ABCDT**, 3. ed. , 2018. Disponível em: < <http://abcdt.org.br/wp-content/uploads/JORNAL%20ABCDT%20SITE.pdf> >. Acesso em: 20 de jun de 2019.

HUPAA/UFAL/EBSERH. **Plano Diretor Estratégico: diagnosticando o hoje e aperfeiçoando o amanhã do HUPAA-UFAL/EBSERH**. Maceió, 2015.

JIMÉNEZ, Maria Dolores Arenas. MACÍA-HERAS, Manuel. Seguridad em hemodiálisis: paradigma del trabajo em equipo. **Revista del a Sociedad Española de Nefrología**. v. 38, n. 1, p.1–3, 2018. Disponível em:< <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021169951730142X>>. Acesso em: 10 de jan de 2019.

LIU, C. et al. Patient safety culture in Chine: a case study in na outpatient setting in Beijing. **BMJ Qual Saf**, v.23, n.7, p.556-564, 2014. Disponível em:< <https://qualitysafety.bmj.com/content/23/7/556.short>>. Acesso em: 22 de set de 2019.

LEMOS, G.C., et al. A Cultura de Segurança do Paciente no Âmbito da Enfermagem: Reflexão Teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8. 2018. Disponível em: < <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2600/1880>>. Acesso em: 3 de jan de 2019.

LESS, S. R. de O, et al. PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS PARA A OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS NO SERVIÇO DE HEMODIÁLISE. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 3. 2018. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n3/0104-0707-tce-27-03-e3830017.pdf>>. Acesso em: 25 de jan de 2019.

LIMA, S. M. S. de et al. Percepção dos Profissionais de Saúde das Limitações à Notificação do erro/evento adverso. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 19. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn19/serlVn19a11.pdf>>. Acesso em: 29 de jan de 2019.

LUIZ, Raíssa Bianca et. al. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 880-887. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt\\_0104-1169-rlae-23-05-00880.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00880.pdf)>. Acesso em: 04 de jul de 2018.

MARTINS, J. J. Como escrever trabalhos de conclusão de curso: instruções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e apresentar trabalhos monográficos e artigos. 5. ed., Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

MARINHO, M.M.; RADUNZ, V.; BARBOSA, S.F.F. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Texto Contexto Enfermagem**, v.23, n.3, p.582-590, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf)>. Acesso em: 3 de jan de 2019.

MINUZZ, A. P. et al. AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE SAÚDE. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 2, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/0104-0707-tce-25-02-1610015.pdf>>. Acesso em 22 de set de 2019.

NOVARETTI, M. C. Z. et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n.5, p.692-699, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0692.pdf>>. Acesso em: 23 de set de 2019.

OLIVEIRA, R. M., et. al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000100122](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122)>. Acesso em: 9 de jan de 2019.

PÁSSARO, Priscila Garpelli. D'ÁVILA, Ronaldo. Intervenção educacional de enfermagem para a identificação dos Eventos Adversos em hemodiálise. **Rev Bras Enferm**. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt\\_0034-7167-reben-71-s4-1507.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1507.pdf)>. Acesso em: 19 de jan de 2019.

PEREIRA, M. D.; SOUSA, F. S.; FERRAZ, F. Segurança do paciente nas ações de enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Inova Saúde, Criciúma**, v. 3, n. 2, nov. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/1746/1672>>. Acesso em: 04 de jun de 2018.

REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [tese doutorado]**. Rio de

Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14358/1/601.pdf>>. Acesso em: 20 de dez de 2018.

RIGOBELLO, M.C.G. **Avaliação do clima de segurança do paciente em Unidade de Emergência de um hospital universitário do interior de São Paulo**. 2015. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-22122015-104958/en.php>>. Acesso em: 22 de dez 2018.

ROCHA, F. L. R., et al. Organizational culture of a psychiatric hospital and resilience of nursing workers. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 5, p. 765-772. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690501>>. Acesso em: 23 de dez de 2018.

SANTIAGO, Thaiana Helena Roma; TURRINI, Ruth Natalia Teresa. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm, USP**, v. 49, p. 123-130. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000700123&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000700123&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 03 de jun de 2018.

SESSO, R.C. et al. Brazilian Chronic Dialysis Census 2014. **J Bras Nefrol**, v.38, n.1, p. 54-61. 2016. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n1/en\\_0101-2800-jbn-38-01-0054.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n1/en_0101-2800-jbn-38-01-0054.pdf) >. Acesso em: 4 de jan de 2019.

SINGER, S.J. VOGUS, T. J. Reducing Hospital Errors: Interventions that Build Safety Culture. **Annu Rev Public Health**, v.34, p.373-396, 2013. Disponível em: < <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-publhealth-031912-114439> >. Acesso em 28 de dez de 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo Brasileiro de Dialise 2016**. São Paulo.2012. Disponível em: < <https://sbn.org.br/categoria/censo-2016/>>. Acesso em: 19 de jan de 2019.

SOUSA, Maiana Regina Gomes de et al. Prevalência de eventos adversos em uma unidade de hemodiálise. **Rev. enferm. UERJ**, v.24, n.6, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-35522016000600011](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522016000600011)>. Acesso em: 21 de jan de 2019.

TOBIAS, G. C. et al. CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.10, n.3, p.1071-1079, 2016. Disponível em: < [file:///C:/Users/Roberta/Downloads/11060-24402-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Roberta/Downloads/11060-24402-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 23 de set de 2019.

TOMAZONI, A. et al. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 756-763, 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt\\_0104-1169-rlae-22-05-00755.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00755.pdf) >. Acesso em 3 de jan de 2019.

TONDO, J. C. A; GUIRARDELLO, E. B. Percepção de profissionais de enfermagem sobre cultura de segurança do paciente. **Rev. Bras. Enferm.** v.70, n.6. Brasília, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/pt\\_0034-7167-reben-70-06-1284.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/pt_0034-7167-reben-70-06-1284.pdf)>. Acesso em 05 de jul de 2018.

VINCENT, C. AMALBERTI, R. Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro: Proqualis; 2016. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Cuidado%20de%20Sa%C3%BAde%20mais%20Seguro%20-%20PDF.pdf>>. Acesso em: 29 de dez de 2018.

WHO. World health organization. The international classification for patient safety (ICPS): Taxonomy - more than words. Geneva: WHO; 2009. Disponível em: <[https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_statement\\_of\\_purpose.pdf](https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_statement_of_purpose.pdf)>. Acesso em dez de 2018.

**(APÊNDICE A)****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)**

(em 2 vias, firmado por cada participante-voluntário (a) da pesquisa e pelo responsável)

Eu, ....., tendo sido convidada pela graduanda em Enfermagem Roberta Santos Correia Silva, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Isabel Comasseto, para participar como voluntária do estudo intitulado **CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE HOSPITALAR DE HEMODIÁLISE** recebi as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldade e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- 1) Que o estudo tem por objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente dos profissionais no serviço de hemodiálise de um hospital de ensino;
- 2) Que a importância desse estudo será contribuir para possibilidades à melhoria da qualidade do cuidado de saúde prestado aos pacientes nas organizações hospitalares, além do reconhecimento da situação organizacional para averiguar o impacto das suas intervenções;
- 3) Que o resultado que se deseja alcançar é a análise da cultura de segurança do paciente dos profissionais do Sistema Urinário no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes-HUPAA;
- 4) Que a coleta de dados deste estudo se inicia após aprovação do Comitê de Ética e que está prevista para começar em janeiro/2019 e terminar em fevereiro/2019. No entanto, só participarão o tempo suficiente para responder os questionários, podendo ser em mais de um encontro conforme combinado;
- 5) Que o estudo será feito da seguinte maneira: lendo e assinando o T.C.L.E, depois respondendo o questionário por e-mail ou entregue impresso e explicado pela pesquisadora;
- 6) Que o estudo proposto oferece riscos mínimos, visto que, a análise será somente através do questionário e se resumem à possibilidade da ocorrência de cunho emocional como, por exemplo, raiva, choro, insatisfação, cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário.
- 7) Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação será contribuir para a construção dos dados, afim de que se possa ser alcançado o objetivo proposto pelo estudo;
- 8) Que eu responderei o questionário no local que eu escolher e sempre será fornecido esclarecimento sobre cada uma das etapas do estudo;
- 9) Que se eu quiser ou achar melhor, poderei remarcar para responder o questionário impresso para outro dia, horário e local que for da minha conveniência;
- 10) Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;
- 11) Que autorizo a utilização das minhas respostas, desde que para fins de pesquisa e divulgação dos resultados advindos delas;
- 12) Que não serei beneficiado (a) financeiramente, mas contribuirei para a produção do conhecimento científico e prática dos profissionais de saúde;

- 13) Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo;
- 14) Que os gastos da pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores, portanto não precisarei desembolsar nenhuma quantia;
- 15) Que eu levarei uma cópia do T.C.L.E. assinado pela pesquisadora, orientadora do estudo e por mim.

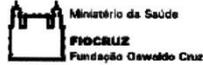
Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

<p><b>Endereço do responsável pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):</b>          Instituição: Universidade Federal de Alagoas          Endereço: Avenida Lourival Melo Mota, Cidade Universitária,          Tabuleiro do Martins, Maceió/AL          CEP: 57072900          Telefone p/contato: (82)98117-3541</p>	
<p><b>Endereço do(a) participante-voluntário(a)</b>          Domicílio: (rua, praça, conjunto):          Bloco: /Nº: /Complemento:          Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:          Ponto de referência:</p>	<p><b>ATENÇÃO:</b> Para informar ocorrências irregulares ou danos durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C, Campus A.C.Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1041.</p>

	<hr/> Isabel Comassetto (Orientadora do estudo)
<hr/> Assinatura ou impressão datiloscópica do (a) voluntário(a) ou responsável legal (Rubricar as demais páginas)	<hr/> Roberta Santos Correia Silva (Pesquisador responsável pelo estudo)

Maceió, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

## (APÊNDICE B)



### Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

#### Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às outras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho (continuação)**

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

**SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe**

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

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

**SECÃO C: Comunicação**

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

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

**SECÃO D: Frequência de eventos relatados**

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

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre um erro, mas ele é <b>percebido e corrigido antes de afetar o paciente</b> , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Quando ocorre um erro, mas <b>não há risco de dano ao paciente</b> , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando ocorre um erro, que <b>poderia causar danos ao paciente</b> , mas não causa, com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SECÃO E: Nota da segurança do paciente**

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

A       B       C       D       E  
 Excelente      Muito boa      Regular      Ruim      Muito Ruim

**SECÃO F: O seu hospital**

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

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

**SECÃO F: O seu hospital (continuação)**

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SECÃO G: Número de eventos notificados**

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

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

**SECÃO H: Informações gerais**

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

**1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?**

- a. Menos de 1 ano       d. 11 a 15 anos  
 b. 1 a 5 anos       e. 16 a 20 anos  
 c. 6 a 10 anos       f. 21 anos ou mais

**2. Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?**

- a. Menos de 1 ano       d. 11 a 15 anos  
 b. 1 a 5 anos       e. 16 a 20 anos  
 c. 6 a 10 anos       f. 21 anos ou mais

**3. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?**

- a. Menos de 20 horas por semana       d. 60 a 79 horas por semana  
 b. 20 a 39 horas por semana       e. 80 a 99 horas por semana  
 c. 40 a 59 horas por semana       f. 100 horas por semana ou mais

**SECÇÃO II: Informações gerais (continuação)**

4. Qual é o seu cargo/função neste hospital? Seleccione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.

- a. Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente
- b. Médico Residente/ Médico em Treinamento
- c. Enfermeiro
- d. Técnico de Enfermagem
- e. Auxiliar de Enfermagem
- f. Farmacêutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico
- g. Odontólogo
- h. Nutricionista
- i. Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo
- j. Psicólogo
- k. Assistente Social
- l. Técnico (por exemplo, ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)
- m. Administração/Direção
- n. Auxiliar Administrativo/Secretário
- o. Outro, especifique \_\_\_\_\_

5. No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes?

- a. SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes.
- b. NÃO, em geral NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes.

6. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? \_\_\_\_\_ anos

7. Qual o seu grau de instrução:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto | <input type="checkbox"/> e. Ensino Superior Incompleto                  |
| <input type="checkbox"/> b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo   | <input type="checkbox"/> f. Ensino Superior Completo                    |
| <input type="checkbox"/> c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto   | <input type="checkbox"/> g. Pós-graduação (Nível Especialização)        |
| <input type="checkbox"/> d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo     | <input type="checkbox"/> h. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado) |

8. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos

9. Indique o seu sexo:

- a. Feminino       b. Masculino

**SECÇÃO I: Seus comentários**

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

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

**(ANEXO A)**

## Carta de Aceite

Maceió, 17 de maio 2019

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado “**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR**”, protocolo 689, sob a coordenação da pesquisadora **ISABEL COMASSETO**, obteve parecer **favorável** do Chefe de Pesquisa e Inovação Tecnológica do HUPAA/UFAL/EBSEH e somente será **AUTORIZADO** por esta instituição após obter o parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL.

Em tempo informamos que o **Hospital Universitário Professor Alberto Antunes possui infraestrutura adequada** para realização desse projeto de pesquisa.

Atenciosamente,

---

JOSÉ HUMBERTO BELMINO CHAVES  
Chefe do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica  
GEP/HUPAA/UFAL/EBSEH

## (ANEXO B)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Maceió- AL, 28/11/2019

Senhor(a) Pesquisador(a), Isabel Comassetto

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em Reunião Plenária de 22/11/2018 e com base no parecer emitido pelo relator (a) do processo nº 01509419.5.0000.6014, sob o título A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE ENSINO, comunicar a APROVAÇÃO do processo acima citado, com base no artigo X, parágrafo X2, alínea 5, a da resolução CNS nº466/12 e Resolução CNS 510/16.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. 466/12, item V.3).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA- junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentados ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto de Grupo I ou II apresentados anteriormente a ANVISA, o (a) pesquisador(a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res 251/97, item IV, 2.e).

Relatórios parciais de devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resolução CNS 466/12 e 510/16.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas na Resoluções supra-referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(\*) Áreas temáticas especiais

Comitê de Ética em Pesquisa

Válido até: JUNHO de 2020;