

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Maria Clara Rodrigues de Paula

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA CORONARIANA DE UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO EM
MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte
2025**

Maria Clara Rodrigues de Paula

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA CORONARIANA DE UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO EM
MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Tecnologias Gerenciais na Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Adriane Vieira

**Belo Horizonte
2025**

Paula, Maria Clara Rodrigues de.
P324c Cultura de Segurança do Paciente em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um Hospital Público Universitário em Minas Gerais [recurso eletrônico]. / Maria Clara Rodrigues de Paula. - - Belo Horizonte: 2025.
92f. - il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Adriane Vieira.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Segurança do Paciente. 2. Unidades de Terapia Intensiva. 3. Hospitais Universitários. 4. Equipe de Assistência ao Paciente. 5. Dissertação Acadêmica. I. Vieira, Adriane. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WX 185

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE CURSO PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
**ATA DE NÚMERO 130 (CENTO E TRINTA) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO
APRESENTADA PELA CANDIDATA MARIA CLARA RODRIGUES DE PAULA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Ao primeiro dia do mês de dezembro de dois mil e vinte e cinco, às 15:30 (quinze horas e trinta minutos), realizou-se, por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA DE UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO EM MINAS GERAIS", da aluna *Maria Clara Rodrigues de Paula*, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Tecnologias Gerenciais em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Adriane Vieira, Mariana Baldi, Marlene Azevedo Magalhães Monteiro, Carolina Teixeira Cunha, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

Belo Horizonte, 01 de dezembro de 2025.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora.

Prof^ª. Dr^ª. Adriane Vieira
Membro Titular - Orientadora (UFMG)

Prof. Dr^ª. Mariana Baldi
Membro Titular (UFRGS)

Dr^ª. Marlene Azevedo Magalhães Monteiro
Membro Titular (UFMG)

Profª. Mª. Carolina Teixeira Cunha
Membro Titular (Hospital das Clínicas da UFMG)



Documento assinado eletronicamente por **Adriane Vieira, Membro**, em 03/12/2025, às 17:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Baldi, Usuária Externa**, em 03/12/2025, às 17:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marlene Azevedo Magalhaes Monteiro, Professora do Magistério Superior**, em 03/12/2025, às 18:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carolina Teixeira Cunha, Chefe de setor**, em 05/12/2025, às 16:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4785327** e o código CRC **1E5674FA**.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me conceder a oportunidade de chegar até aqui e pela presença constante em minha vida.

À Profa. Dra. Adriane Vieira, minha orientadora, pela disponibilidade, paciência e incentivo ao longo desta jornada. Seu comprometimento e sua orientação firme e generosa foram essenciais para que este trabalho se concretizasse.

Meu agradecimento especial àqueles que sempre estiveram ao meu lado e que compartilham da minha alegria, minha família, meu farol que não muda e está sempre disponível para me lembrar que a vida vale a pena.

Aos amigos, pelo incentivo, pela compreensão diante das ausências e pelas palavras de encorajamento que tornaram o percurso mais leve e possível.

Aos profissionais da Unidade Coronariana, que gentilmente contribuíram com suas vivências e percepções, permitindo a realização desta pesquisa e o aprofundamento das reflexões sobre a cultura de segurança do paciente.

Aos colegas do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, pela parceria, pelas trocas de experiências e pelo aprendizado coletivo compartilhado.

Por fim, a todos que, de alguma forma, fizeram parte deste caminho com gestos, palavras, exemplos ou silêncios de apoio, deixo o meu sincero reconhecimento e eterna gratidão.

“Lembre-se de que nada é pequeno aos olhos de Deus. Faça tudo o que você faz com amor”. (Santa Teresinha do Menino Jesus)

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a cultura de segurança do paciente em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO) de um hospital público universitário em Minas Gerais, a partir da percepção dos profissionais de saúde. O método adotado foi o estudo de caso único e descritivo, com uso de técnicas quantitativas e qualitativas. Na primeira etapa, aplicou-se o instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), com 110 profissionais, analisando-se as doze dimensões da cultura de segurança segundo as recomendações da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Na segunda etapa, realizaram-se entrevistas semiestruturadas, submetidas à análise temática conforme Franco. Os resultados quantitativos evidenciaram a dimensão passagem de plantão/turno/transferências como área de força (77,3%), enquanto apoio da gerência à segurança do paciente (12,9%) e dimensionamento de profissionais (14,4%) foram identificadas como áreas críticas. A análise qualitativa revelou fatores que interferem na consolidação da cultura de segurança, como sobrecarga laboral, falhas de comunicação, medo de punição e baixa participação gerencial, mas também apontou práticas positivas de cooperação e comprometimento multiprofissional. A triangulação dos dados demonstrou convergência entre as fragilidades estruturais e as percepções dos profissionais, reforçando a necessidade de liderança participativa, comunicação aberta e estímulo à notificação não punitiva. Conclui-se que a cultura de segurança na UCO encontra-se em estágio intermediário de maturidade, demandando ações institucionais contínuas para fortalecer o aprendizado organizacional e a corresponsabilidade no cuidado.

Palavras-chave: Cultura de segurança do paciente; Unidade de Terapia Intensiva Coronariana; hospital universitário; segurança do paciente; equipe multiprofissional.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the patient safety culture in a Coronary Intensive Care Unit (CICU) of a public university hospital in Minas Gerais, Brazil, from the perspective of healthcare professionals. The research adopted a single descriptive case study design, combining quantitative and qualitative approaches. In the first stage, the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) instrument was applied to 110 professionals, analyzing twelve dimensions of safety culture according to the recommendations of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). In the second stage, semi-structured interviews were conducted and thematically analyzed based on Franco. Quantitative results highlighted the “handoffs and transitions” dimension as a strength area (77.3%), while “management support for patient safety” (12.9%) and “staffing” (14.4%) were identified as critical areas. The qualitative analysis revealed factors influencing the consolidation of the safety culture, such as work overload, communication failures, fear of punishment, and limited managerial involvement, but also identified positive practices of cooperation and multiprofessional commitment. Data triangulation demonstrated convergence between structural weaknesses and professionals’ perceptions, reinforcing the need for participative leadership, open communication, and non-punitive incident reporting. It is concluded that the safety culture in the CICU is at an intermediate stage of maturity, requiring continuous institutional actions to strengthen organizational learning and shared responsibility in patient care.

Keywords: Patient Safety Culture; Coronary Intensive Care Unit; University Hospital; Patient Safety; Multiprofessional Teamwork.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Médias e Desvios-Padrão por Dimensão do HSOPSC (n = 110)..	40
Quadro 2 – Caracterização dos participantes da etapa qualitativa	44
Quadro 3 – Temas e subtemas da categoria “Percepção da cultura de segurança e fatores interferentes	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características da amostra do estudo (n = 110).....	37
Tabela 2 – Distribuição do percentual de respostas das dimensões de cultura de segurança.....	38
Tabela 3 – Distribuição do percentual de respostas positivas.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	Agency Healthcare Research and Quality
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
EA	Eventos Adversos
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UCO	Unidade Coronariana
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos específicos	19
3 JUSTIFICATIVA	20
4 REFERENCIAL TEÓRICO	21
4.1 Hospitais e Unidade de Terapia Intensiva	21
4.2 Modelos de atenção em saúde	23
4.3 Modelo do cuidado centrado no paciente	24
4.4 Segurança do paciente	26
5 METODOLOGIA	29
5.1 Método	29
5.2 Unidade de análise	29
5.3 Cenário de estudo	29
5.4 Participantes da pesquisa	30
5.5 Técnica de coleta de dados	31
5.6 Técnica de análise de dados	33
5.7 Cuidados éticos	35
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
6.1 Caracterização da amostra – Etapa quantitativa	36
6.2 Etapa quantitativa questionário HSOSPC	38
6.3 Etapa qualitativa	43
6.3.1 Caracterização dos participantes da etapa qualitativa	43
6.3.2 Categoria “Percepção da cultura de segurança e fatores interferentes” .	44
6.3.2.1 Subcategoria – Avaliação da cultura de segurança	45
6.3.2.2 Subcategoria – Sobrecarga, dimensionamento e fadiga	46
6.3.2.3 Subcategoria – Comunicação deficiente e ruídos entre equipes	48
6.3.2.4 Subcategoria – Subnotificação e medo de punição	49
6.3.3 Categoria “Treinamento e capacitação”	51
6.3.4 Categoria “Riscos e medidas preventivas na rotina assistencial”	52
6.3.5 Categoria “Envolvimento de familiares”	54
6.3.6 Categoria “Recomendações para melhoria”	56

6.4 Triangulação dos resultados	58
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Questionário HSOSPS	71
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Entrevista Presencial.....	73
APÊNDICE C – Roteiro para entrevista semiestruturada.....	75
APÊNDICE D – Produto Técnico	77
ANEXO A – Questionário Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente (Versão 2.0).....	86
ANEXO B – Carta de anuência para a pesquisa.....	92

APRESENTAÇÃO

Sou formada em Gestão de Serviços de Saúde (UFMG/2015) e MBA em Gestão Hospitalar (UNINTER/2019). O curso de graduação agregado ao MBA trouxe para a minha carreira profissional um aprendizado técnico-administrativo de avaliação e controle dos processos organizacionais associados à gestão nas instituições hospitalares, como forma de avaliar a qualidade dos serviços prestados aos clientes e o desempenho econômico-financeiro das organizações de saúde.

Na minha trajetória profissional, a primeira instituição onde realizei estágio curricular não obrigatório foi na biblioteca da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), no período de 2012 a 2014, prestando atendimento aos alunos da escola e setores internos, além de cadastro dos materiais periódicos nas bases de dados da ESP-MG e da FIOCRUZ, visto que ambas as unidades funcionavam no mesmo prédio. Após dois anos na ESP-MG, fiz estágio na Revista Mineira de Enfermagem (REME), na Escola de Enfermagem da UFMG, onde permaneci por 24 meses. Na REME pude vivenciar mais do meio acadêmico, desenvolvendo as seguintes atividades: conferência dos artigos de acordo com as normas exigidas pela revista; seleção dos revisores de acordo com suas respectivas linhas de pesquisa e encaminhamento dos artigos para avaliação; atendimento ao público e aos revisores; organização dos arquivos físicos; e solicitações de materiais.

No último período do curso vivenciei o estágio curricular obrigatório na Unimed-BH, na Gestão de Assistência a Promoção da Saúde (GAPS), responsável por programas integrados de assistência, onde pude operacionalizar e monitorar as ações e programas de promoção à saúde. O foco da intervenção foi no setor de Gestão da Informação e do Conhecimento, desenvolvendo as seguintes atividades: gestão da informação; coleta; sistematização; disseminação de informações gerenciais importantes para a tomada de decisão. O objetivo do estágio foi definir os indicadores e estruturar um painel de gestão a vista da GAPS matricial, que permitisse disponibilizar, de forma simples e acessível, as informações de desempenho da gestão da área. Desta forma, foram realizadas visitas técnicas aos Centros de Promoção de Saúde, para conhecer a importância de cada indicador para a tomada de decisão da GAPS. A partir de então, os indicadores foram avaliados e selecionados de acordo com sua importância para a gestão. No decorrer da graduação e mesmo depois de concluir o curso, eu tive oportunidade de participar de eventos científicos e

de fazer parte da equipe que organizou alguns deles, desenvolvendo habilidades como: planejamento; gestão de custos; e relacionamento interpessoal.

Assim que concluí meu curso de graduação trabalhei no Hospital da Unimed-BH, no período de maio de 2016 a outubro de 2021, como Assistente Administrativa e depois Analista de Atendimento ao Cliente. Enquanto Assistente Administrativa atuei no setor de Coordenação Geral de Enfermagem, de maio de 2016 a outubro de 2016. Durante este período assessorei o Coordenador Geral de Enfermagem e todos os Supervisores da Assistência. Minhas atribuições eram fazer a gestão documental dos setores, gerenciar as solicitações de material e compras via sistema, cadastrar novos colaboradores e lançar escalas médicas da unidade de internação.

Em outubro de 2016 fui transferida para o setor de Auditoria Interna/Pré-Faturamento, onde fiquei até fevereiro de 2020, organizando e realizando a conferência de prontuários, guias de internação, autorização de exames e procedimentos cirúrgicos de acordo com as guias autorizadas. Em caso de alguma inconsistência, solicitava auditoria interna para realizar as tratativas. No período de fevereiro de 2020 a março de 2021 tive a oportunidade de contribuir com a equipe de cadastro do novo sistema da Unimed-BH. Atuei com colegas de diversas unidades fazendo a base de cadastros para a troca do sistema. Com o início da pandemia precisei retornar ao Hospital e prestei apoio ao Setor de Hotelaria, desenvolvendo atividades que visavam proporcionar uma melhor experiência ao paciente. No espaço de outubro de 2020 a outubro de 2021 fui promovida a Analista de Atendimento ao Cliente dos setores: Serviço de Arquivamento Médico (SAME); e Central de Guias e Agendamento Cirúrgico. Eu era responsável por uma equipe de sete colaboradores que faziam a análise de indicadores, gestão de pessoas, tratativa de reclamações, atendimento ao médico cooperado, acompanhamento e supervisão do operacional.

Reingressei no mercado de trabalho no mês de janeiro/2023, como assistente administrativo em uma empresa de Home Care, onde permaneci até julho/2025. Lá, eu era responsável por tratar de demandas administrativas, de pacientes em cuidados paliativos.

Em junho/2025, iniciei como analista administrativo do corpo clínico, na Cetus, Clínica de Oncologia, as principais atribuições são, auxiliar na coordenação da equipe médica, supervisionar a execução das atividades, elaborar documentos, realizar auditorias administrativas e assistenciais, desenvolver e monitorar projetos do corpo clínico.

O interesse em realizar a minha pesquisa no Hospital das Clínicas se deu por se tratar de um campo de prática da área de pesquisas em saúde que tem uma parceria com a Escola de Enfermagem e que historicamente tem acolhido com facilidade e interesse as propostas de pesquisa e de extensão do curso de Graduação e Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde.

Ao iniciar o mestrado em agosto de 2023, pleiteei uma vaga para bolsista do programa no edital de chamamento público para ações afirmativas de concessão de Bolsas de Estudo e Permanência para Programas de Pós-graduação. Após ser contemplada com a bolsa, tenho apoiado a coordenação e a secretaria da pós-graduação em algumas atividades administrativas, como confecção de documentos administrativos, visando a melhoria dos processos, elaboração de questionários para pesquisas de satisfação, dentre outras. Além de apoiar na preparação para o IV e V Seminário da Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde e Encontro de Egressos.

As atividades desenvolvidas são de grande contribuição para a produção de conhecimento e uma oportunidade de multiplicá-lo, através das trocas de experiências.

1 INTRODUÇÃO

No contexto das organizações de saúde, a cultura organizacional apresenta caráter complexo, uma vez que a assistência envolve múltiplas categorias profissionais, cada uma com processos culturais específicos e com suas próprias microculturas (Carvalho *et al.*, 2013). Apesar dos avanços no setor, grande parte dessas organizações ainda se fundamenta no modelo biomédico, caracterizado pelo predomínio do saber médico, pela especialização das ações, pela centralização do poder, pela subordinação das demais categorias profissionais e por uma visão fragmentada do ser humano (Czempik, 2018).

Esse modelo repercute em uma cultura organizacional marcada pelo controle, pela rigidez no trabalho, pela hierarquização e verticalização das relações laborais, além da fragmentação das ações e da baixa valorização dos trabalhadores. Tais características refletem pressupostos de modelos clássicos de administração, ainda predominantes em hospitais brasileiros (Czempik, 2018).

Conseqüentemente, esses aspectos constituem obstáculos à humanização da assistência em saúde, limitam a cooperação entre profissionais e dificultam a integralidade do cuidado. Como efeitos, observa-se a fragmentação das práticas, a inviabilidade do trabalho em equipe e da interdisciplinaridade, além de impactos negativos sobre os profissionais, como insatisfação, desmotivação, estresse ocupacional e adoecimento relacionado ao trabalho. Esses fatores reduzem a dedicação às atividades assistenciais e comprometem o alinhamento dos trabalhadores aos objetivos organizacionais, refletindo diretamente na qualidade da assistência prestada (Carvalho *et al.*, 2013).

Organizações de saúde que operam sob uma cultura de pressão constante, associada a exigências crescentes de produtividade, dificuldades nos relacionamentos interpessoais, ausência de suporte social, jornadas extensas e inflexibilidade, demonstram maior vulnerabilidade à ocorrência de acidentes ocupacionais e eventos adversos no cuidado aos pacientes. Nessas condições, os trabalhadores tendem a vivenciar sentimento de insegurança, incertezas quanto à carreira, medo do desemprego e conflitos interpessoais, fatores que podem culminar em elevados níveis de estresse e no desenvolvimento da Síndrome de Esgotamento Profissional, também conhecida como Síndrome de Burnout (Czempik, 2018).

Diante dessa problemática, a presente pesquisa busca responder à seguinte questão: qual a percepção dos profissionais de saúde que atuam em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulta Coronariana (UCO), de um hospital público universitário, acerca da cultura de segurança do paciente?

Mapear a cultura de segurança do paciente em serviços de saúde mostra-se essencial para subsidiar estratégias de ação mais assertivas, capazes de promover a saúde mental e física dos trabalhadores. Nesse sentido, criar ambientes de trabalho colaborativos e saudáveis contribui não apenas para o bem-estar dos profissionais, mas também para a qualidade e segurança da assistência prestada.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a cultura de segurança do paciente de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulta Coronariana (UCO) de um hospital público universitário, de grande porte localizado em Minas Gerais, a partir da percepção de seus profissionais de saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico e laboral dos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva Adulta;
- Avaliar a cultura de segurança por meio do Questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC);
- Identificar os fatores que interferem na cultura de segurança do paciente, a partir das características sociodemográficas e laborais dos entrevistados;
- Descrever as recomendações dos profissionais de saúde para melhorar a cultura da segurança do paciente.

3 JUSTIFICATIVA

A avaliação contínua dos serviços de saúde é fundamental para identificar fragilidades e, ao mesmo tempo, reconhecer oportunidades de melhorias. As investigações nesse campo geralmente emergem das vivências dos trabalhadores e buscam traçar um diagnóstico do perfil organizacional, permitindo compreender como os processos são conduzidos e onde podem ser aprimorados (Costa *et al.*, 2018, Silva *et al.*, 2016).

Todas as organizações dependem diretamente da boa performance humana para seu funcionamento, uma vez que são as pessoas que produzem valor para a instituição (Carvalho, 2022). Nesse sentido, torna-se necessário desenvolver estudos sobre comportamento organizacional nos serviços de saúde, visando avaliar a necessidade de mudanças nas práticas de trabalho e na dinâmica das equipes (Silva *et al.*, 2016). A percepção dos colaboradores representa, portanto, uma ferramenta estratégica para subsidiar a tomada de decisão gerencial, favorecendo a criação de ambientes de trabalho saudáveis, motivadores e, conseqüentemente, capazes de oferecer serviços de maior qualidade (Carvalho, 2022).

No âmbito acadêmico, observa-se uma lacuna na literatura sobre a cultura de segurança do paciente em serviços de saúde, sobretudo em pesquisas que associem técnicas de coleta de dados quantitativas e qualitativas. Essa ausência de estudos justifica a realização da presente investigação, que busca contribuir para o aprofundamento da compreensão sobre o tema.

Dessa forma, este estudo mostra-se relevante por trazer a percepção dos colaboradores acerca de um aspecto central da cultura organizacional: a segurança do paciente. Tal abordagem permite refletir sobre estratégias que favoreçam um ambiente de trabalho mais saudável e processos assistenciais mais efetivos, o que se traduz em melhor qualidade do cuidado prestado, maior resolutividade dos problemas assistenciais e impactos positivos na vida de pacientes e familiares.

Além disso, os produtos técnicos gerados a partir desta pesquisa incluem a elaboração de um relatório contendo recomendações para futuras ações de melhoria, fundamentadas nas evidências apresentadas, e a produção científica dos achados, que poderá inspirar e subsidiar novos estudos na área.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo tem por objetivo apresentar o embasamento teórico para este estudo. Ele é composto pelos seguintes itens: hospitais e Unidade de Terapia Intensiva; modelos de atenção em saúde; modelo do cuidado centrado no paciente e segurança do paciente.

4.1 Hospitais e Unidade de Terapia Intensiva

Os hospitais podem ser definidos como estabelecimentos que dispõem de, no mínimo, cinco leitos de internação e que asseguram atendimento básico, incluindo serviços de diagnóstico e tratamento (Luzia, 2020). Historicamente, os hospitais surgiram como instrumentos de trabalho médico, substituindo os cuidados antes prestados no ambiente domiciliar por familiares, sacerdotes, parteiras e curandeiros. Com a institucionalização da assistência, médicos e enfermeiros passaram a assumir o protagonismo do cuidado, com o propósito de aliviar a dor, tratar enfermidades e buscar a cura. A partir do final do século XVIII, o hospital deixou de ser apenas um espaço de abrigo, transformando-se em ambiente de observação, investigação das causas das doenças, tratamento e possibilidade de cura (Ornellas, 1998).

A organização hospitalar é considerada uma das mais complexas estruturas sociais e administrativas, por seu perfil multiorganizacional. Nela coexistem diversos serviços, como hotelaria, lavanderia, laboratório, farmácia, restaurante, ambulatório, bloco cirúrgico, unidade de terapia intensiva, centro de esterilização, nutrição e dietética e governança. Esse conjunto exige uma equipe multiprofissional altamente autônoma e articulada na assistência ao paciente (Luzia, 2020). Atualmente, os hospitais se caracterizam por sua alta complexidade, diversidade de serviços assistenciais e amplitude de categorias profissionais envolvidas, dentre as quais se destacam as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (Abbade, 2022).

As UTIs têm como finalidade primordial o suporte e a recuperação de funções vitais, criando condições para o tratamento de doenças agudas ou graves potencialmente reversíveis e, assim, oferecendo oportunidade de vida futura com qualidade (Osório, 2023). Sua origem remonta às salas de recuperação pós-anestésica, desenvolvidas na década de 1920, nos Estados Unidos, para pacientes submetidos a neurocirurgias. No Brasil, a primeira UTI foi implantada em São Paulo, na década de 1970. Contudo, registros apontam que a monitorização intensiva de pacientes graves teve início já em 1854, com a enfermeira Florence Nightingale,

durante a Guerra da Crimeia, ao organizar estratégias para maior vigilância e melhor cuidado dos enfermos, considerado o projeto embrionário das UTIs (Silva *et al.*, 2016).

As internações em UTIs, por envolverem condições clínicas graves e terapias complexas, configuram-se como processos altamente delicados, podendo ocasionar ou agravar prejuízos físicos, psíquicos, cognitivos e sociais (Santos *et al.*, 2023). Por isso, os cuidados intensivos exigem elevado nível de conhecimento técnico e competência multiprofissional, aliados ao uso de recursos tecnológicos e terapêuticos de ponta, necessários diante do avanço dos tratamentos médicos, do desenvolvimento tecnológico, da maior expectativa de vida e do aumento das doenças crônicas (Favarin; Camponogara, 2012; Osório, 2023).

Nesse contexto, emerge o desafio da humanização, uma vez que, em meio ao aparato tecnológico, a interação entre o profissional e o sujeito em cuidado pode ser enfraquecida (Silva, 2021). Apesar da qualificação da equipe multiprofissional e da estrutura tecnológica avançada, observa-se elevado índice de mortalidade em UTIs, o que alimenta, entre pacientes e familiares, a percepção de que esses ambientes estão associados à morte ou a poucas chances de recuperação. Tal visão repercute em sobrecarga emocional para as equipes assistenciais (Luzia, 2020).

As restrições impostas pelas condições clínicas graves e pela complexidade terapêutica demandam medidas preventivas contínuas por parte de toda a equipe, com vistas à qualidade e à segurança da assistência (Manganelli *et al.*, 2019). O cuidado em UTI deve ser multiprofissional e integral, envolvendo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e assistentes sociais, de modo a contemplar todas as dimensões do processo saúde-doença (Silva, 2021). Esse atendimento exige disponibilidade para avaliações periódicas e constante acompanhamento, a fim de promover a recuperação do bem-estar físico e mental, minimizar complicações e preservar a qualidade de vida do paciente crítico.

Assim, tanto os hospitais quanto as Unidades de Terapia Intensiva constituem cenários assistenciais de alto risco, em razão de suas especificidades estruturais e organizacionais. Nessas instituições, a assistência deve integrar abordagens biológicas, psicológicas e sociais, com participação efetiva de equipes multidisciplinares comprometidas com a qualidade e a segurança do cuidado (Souza *et al.*, 2019).

4.2 Modelos de atenção em saúde

A definição de modelos de atenção em saúde surgiu a partir dos debates internacionais sobre reformas dos sistemas de saúde promovidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), na década de 1980. A primeira definição oficial ocorreu em 1992, quando os modelos foram descritos como formas de organização das unidades prestadoras de serviços de saúde, isto é, uma maneira de estruturar os estabelecimentos de saúde. Com o avanço do conhecimento científico, novas explicações passaram a ser construídas para compreender os processos de adoecimento e morte, com o objetivo de retardá-los ou até mesmo evitá-los (Teixeira *et al.*, 2018).

Nesse contexto, ao longo da história, diferentes modelos explicativos foram formulados, cada qual fundamentado em concepções científicas próprias: modelo mágico-religioso ou xamanístico; modelo holístico; modelo empírico-racional; modelo sistêmico de saúde e doença; modelo da história natural das doenças; modelo de determinação do processo saúde-doença; modelo biomédico; e modelo biopsicossocial (Barros, 2002).

O modelo mágico-religioso ou xamanístico atribuía as causas das doenças a forças naturais ou sobrenaturais, envolvendo deuses e espíritos. A religião era o ponto de partida para compreender o mundo e organizar o cuidado (Cruz, 2011). Ainda hoje, no Brasil, práticas como benzimentos, cirurgias espirituais e uso de amuletos permanecem presentes no imaginário popular (Silva, 2020).

O modelo holístico, associado às medicinas hindu e chinesa, entendia a saúde como o equilíbrio entre elementos e humores que compõem o corpo humano. A doença surgia do desequilíbrio desses elementos, frequentemente relacionado ao ambiente físico (Cruz, 2011).

O modelo empírico-racional, que floresceu no Egito por volta de 300 a.C. e se consolidou com os filósofos gregos, buscava explicações não sobrenaturais para a origem da vida, da saúde e da doença (Silva, 2020). Hipócrates, nesse contexto, formulou a Teoria dos Humores, segundo a qual saúde era o resultado do equilíbrio entre água, terra, fogo e ar (Cruz, 2011).

O modelo sistêmico de saúde e doença propõe que fatores políticos, socioeconômicos, culturais, ambientais e agentes patogênicos estão interligados. Dessa forma, alterações em um desses fatores repercutem nos demais (Silva, 2020).

O modelo da história natural das doenças busca compreender o processo saúde-doença a partir da interação entre agente, hospedeiro e ambiente. Essa perspectiva favorece a identificação de diferentes métodos de prevenção e controle das enfermidades (Cruz, 2011).

O modelo de determinação do processo saúde-doença aborda a saúde como um fenômeno dinâmico, complexo e multidimensional, envolvendo dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas, ambientais e políticas. Nesse modelo, saúde e doença são entendidas como produtos das inter-relações entre indivíduo, grupo social e sociedade (Castellanos, 1990).

O modelo biomédico, por sua vez, consolidou-se como uma nova forma de compreender a saúde, centrada na doença. Caracteriza-se pela fragmentação do corpo em partes, pela separação entre corpo e mente, proposta por Descartes, e pelo foco no diagnóstico e na cura. Nesse modelo, o médico assume o papel central, atuando sobre o corpo doente ou sobre o ambiente para o controle de epidemias (Ceballos, 2015; Cruz, 2011).

O modelo biopsicossocial surge como contraponto à visão reducionista do biomédico, ampliando a compreensão da saúde humana. Considera que fatores biológicos, psicológicos e sociais interagem de forma complexa e influenciam o bem-estar do indivíduo. Além disso, valoriza a participação ativa do paciente no processo de cuidado, em um movimento colaborativo entre profissional e usuário, que inclui a escuta das preferências, valores e preocupações da pessoa (Silva, 2020).

A análise histórica revela que cada modelo reflete saberes científicos próprios de seu tempo, sem limites temporais rígidos entre eles. Há uma superposição de ideias e práticas, que coexistem e se influenciam mutuamente. Essa evolução dos modelos de atenção em saúde evidencia a necessidade de repensar e articular propostas atuais que resgatem a participação dos profissionais e dos pacientes na produção do cuidado (Ceballos, 2015). Nesse sentido, compreender os diferentes modelos é essencial para avaliar a cultura de segurança do paciente, na medida em que processos de saúde envolvem, simultaneamente, equipe multiprofissional e usuários (Silva, 2020).

4.3 Modelo do cuidado centrado no paciente

Os processos de saúde foram se modificando ao longo da história e passaram a ser constituídos com a participação ativa de profissionais e pacientes, de acordo

com suas necessidades, desejos e expectativas. Essa perspectiva se contrapõe ao modelo biomédico, caracterizado pelo cuidado fragmentado e centrado na doença (Ferla *et al.*, 2023). Nesse contexto, o cuidado centrado no paciente surge como uma proposta inovadora, embora ainda incipiente no Brasil, buscando romper paradigmas e promover uma prática assistencial integral (Rodrigues *et al.*, 2019).

O termo *patient-centered* foi utilizado pela primeira vez por Carl Rogers, entre as décadas de 1940 e 1980, no âmbito da psicologia humanista. Rogers propunha uma “terapia centrada no cliente”, baseada na empatia e na valorização da experiência subjetiva do indivíduo (Silva, 2020). Essa concepção influenciou posteriormente a formulação do conceito de cuidado centrado no paciente no campo da saúde.

Em 1993, o Picker Institute publicou o guia *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*, no qual o cuidado centrado foi definido a partir de oito dimensões fundamentais: respeito às preferências, valores e necessidades dos pacientes; informação, educação e comunicação; coordenação e integração dos serviços; apoio emocional; conforto físico; participação da família e pessoas próximas; promoção da continuidade do tratamento após a alta hospitalar; e acesso aos cuidados e serviços (Silva, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) consolidou em 2010 uma definição abrangente, considerando o cuidado centrado no paciente como aquele organizado em torno das necessidades e expectativas das pessoas e comunidades, e não apenas sobre as doenças. No Brasil, essa abordagem ganhou maior espaço na Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente na Medicina de Família e Comunidade (MFC), que se caracteriza por não restringir sua atuação a grupos específicos de pacientes, doenças ou intervenções. Ao contrário, busca manejar uma ampla variedade de problemas de saúde, incluindo aspectos sociais e psicológicos (Silva, 2020).

Atualmente, o conceito de cuidado centrado no paciente continua em evolução. Ele exige compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre a prática do cuidado holístico, que valoriza a integralidade, o contexto de vida, as crenças e preferências individuais. Esse modelo não se restringe ao paciente, mas inclui sua família e a rede de apoio envolvida no processo de cuidado. Evidências científicas apontam que a adoção do cuidado centrado no paciente está associada a efeitos positivos no quadro clínico, maior satisfação dos usuários e consolidação dos direitos dos pacientes (Rodrigues *et al.*, 2019).

4.4 Segurança do paciente

A temática da segurança do paciente vem sendo desenvolvida no Brasil desde a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), cuja missão é proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e serviços de saúde. Para isso, atua por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços e tecnologias utilizadas no cuidado (Anvisa, 2016).

A preocupação com a segurança do paciente ganhou destaque internacional após a publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*, nos Estados Unidos, que evidenciou o impacto dos erros relacionados à assistência à saúde e estimou milhares de mortes anuais associadas a falhas médicas. Desde então, práticas inseguras continuam sendo reconhecidas como um problema persistente nos processos assistenciais e administrativos dos serviços de saúde em todo o mundo (Siman *et al.*, 2019).

O erro pode ser compreendido como uma falha ou ação que ocorre fora do planejado, ou ainda como a aplicação incorreta de um plano. Já o evento adverso (EA) corresponde a qualquer dano ou lesão causada ao paciente em decorrência da intervenção da equipe de saúde. As elevadas taxas de EA em procedimentos cirúrgicos, administração de medicamentos, infecções hospitalares, falhas em sistemas de atendimento e até óbitos reforçam a necessidade de ambientes e práticas assistenciais mais seguras (Siman *et al.*, 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde, a segurança do paciente é definida como a redução dos riscos de danos desnecessários associados ao cuidado em saúde. Seu objetivo principal é a diminuição de eventos adversos decorrentes de falhas em procedimentos médicos e hospitalares, considerando que, anualmente, milhares de pacientes sofrem sequelas temporárias ou definitivas, ou vão a óbito devido à ausência de práticas seguras (Brasil, 2014).

Nesse contexto, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pela Portaria GM/MS nº 529/2013, com a finalidade de qualificar o cuidado em saúde. Entre suas ações, destacam-se os seis protocolos básicos para segurança do paciente:

- Identificação do paciente;
- Comunicação eficaz entre profissionais de saúde;
- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

- Cirurgia segura;
- Higienização das mãos;
- Prevenção de quedas e de lesão por pressão

As recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) estão entre os principais eixos do PNSP, reforçando a importância da participação ativa de pacientes, familiares e acompanhantes como parceiros na prevenção de falhas e danos. Nessa perspectiva, o paciente deixa de ser apenas um receptor passivo e passa a atuar como corresponsável pelo cuidado, o que fortalece a efetividade do tratamento e a qualidade da assistência (Brasil, 2013; Brasil, 2014).

O PNSP também destaca a cultura de segurança do paciente como elemento primordial. Essa cultura deve priorizar a segurança acima das metas financeiras, incentivando a notificação, análise e resolução de eventos adversos. Organizações que cultivam uma cultura positiva demonstram maior comprometimento, confiança entre trabalhadores e melhores resultados assistenciais (Capelo *et al.*, 2021).

A cultura de segurança integra a cultura organizacional, definida como o conjunto de valores, crenças e práticas que moldam comportamentos institucionais. Especificamente, a cultura de segurança refere-se às percepções, atitudes, competências e comportamentos individuais e coletivos relacionados à segurança do paciente. Uma cultura forte promove liderança comprometida, incentiva a aprendizagem com os erros e possibilita a implementação de sistemas eficazes de redução de riscos (Oliveira Júnior; Andrade, 2022).

A literatura aponta que falhas e erros humanos são inevitáveis em instituições complexas, como as de saúde. Por isso, torna-se essencial o desenvolvimento de estratégias preventivas, além da capacitação contínua dos profissionais. A aplicação de instrumentos para avaliação da cultura de segurança constitui ferramenta fundamental para identificar fragilidades e nortear intervenções que melhorem os processos de trabalho (Maziero *et al.*, 2020; Massaroli *et al.*, 2021).

Entretanto, muitas instituições ainda desconhecem suas próprias fortalezas e fragilidades nesse campo, o que reforça a relevância de pesquisas sobre o tema. Estudos mostram que organizações com cultura de segurança consolidada oferecem melhor ambiente de trabalho, favorecem a comunicação entre equipes, reduzem o estresse dos profissionais e previnem eventos adversos, impactando positivamente na qualidade da assistência prestada (Carvalho, 2022; Queiroz *et al.*, 2022).

Por outro lado, o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente é um processo desafiador, que exige envolvimento multiprofissional, equipes resilientes, comunicação eficaz e liderança comprometida. A complexidade crescente da assistência em saúde não permite espaço para uma gestão pouco profissionalizada, sendo necessário o alinhamento às normas e regulamentos que regem os serviços de saúde, bem como o fortalecimento de práticas de melhoria contínua (Brás *et al.*, 2023; Brasil, 2014).

Assim, a segurança do paciente se consolida como um dos maiores desafios contemporâneos das organizações de saúde, representando um eixo central para a qualidade do cuidado e para a proteção da vida.

5 METODOLOGIA

5.1 Método

O presente estudo adotou o método de estudo de caso único e descritivo, com o uso de técnicas quantitativas e qualitativas. Esse método é especialmente indicado para a análise de acontecimentos contemporâneos em que não é possível manipular comportamentos relevantes. Seu propósito central é reunir informações detalhadas sobre um fenômeno, privilegiando a compreensão do contexto em que ele se insere. Assim, busca-se aprofundar a análise da dinâmica do ambiente real, permitindo um conhecimento abrangente e minucioso. Além disso, o estudo de caso possui caráter holístico, contemplando dimensões organizacionais, administrativas e comportamentais, o que contribui para uma compreensão mais ampla do fenômeno investigado (Yin, 2001).

5.2 Unidade de análise

A unidade de análise deste estudo foi a cultura de segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO) adulta de um hospital público universitário. As UTIs configuram-se como ambientes de alto risco para a ocorrência de eventos adversos, em razão da gravidade clínica dos pacientes, da complexidade das intervenções realizadas e do uso frequente de múltiplos dispositivos assistenciais (Manganelli *et al.*, 2019).

A escolha da Unidade Coronariana justifica-se pelas especificidades desse setor, que atende pacientes com condições cardiovasculares agudas e instáveis, frequentemente submetidos a procedimentos invasivos, uso contínuo de medicamentos de alto risco e monitorização intensiva. Tais características aumentam a probabilidade de incidentes relacionados à segurança do paciente, tornando a UCO um cenário estratégico para a análise da cultura de segurança e das práticas assistenciais adotadas pela equipe multiprofissional.

5.3 Cenário de estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital universitário, público e geral, com 94 anos de existência e 100% integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Localizado em Belo Horizonte/MG, a instituição conta com aproximadamente 5.000 trabalhadores, entre servidores públicos, empregados públicos e terceirizados. Desde dezembro de 2013, integra a Rede Ebserh, estatal vinculada ao Ministério da

Educação (MEC). Reconhecido como referência no atendimento de média e alta complexidade em Minas Gerais, o Hospital Universitário dispõe de 465 leitos, sendo 79 de terapia intensiva e 18 destinados à Unidade Coronariana (Ebserh, 2023).

O cenário investigado foi a Unidade Coronariana (UCO), composta por 18 leitos voltados ao atendimento oportuno de pacientes com doenças coronarianas. A unidade abrange demandas cardiológicas em geral, incluindo procedimentos cirúrgicos cardíacos e vasculares. Seu objetivo principal é garantir atendimento rápido e eficaz a pacientes com infarto, possibilitando tratamento imediato e contribuindo para a redução da mortalidade por essa causa em Belo Horizonte (Faculdade de Medicina da UFMG, 2009).

5.4 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram profissionais atuantes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, e equipe administrativa.

A definição dos participantes do estudo foi desenvolvida em duas fases, uma quantitativa e outra qualitativa. Na fase quantitativa, os profissionais foram selecionados por amostragem não probabilística do tipo intencional, por tipicidade. Esse tipo de seleção considera os elementos mais representativos da população-alvo. A população investigada foi composta por profissionais de diferentes categorias da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, residentes multiprofissionais e equipe administrativa). Foram excluídos aqueles que, no período da coleta de dados, encontravam-se afastados por motivo de doença, férias ou licença-maternidade (Vergara 2011).

Na fase qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com o objetivo de aprofundar a compreensão do fenômeno investigado. A seleção dos participantes ocorreu por meio de amostragem intencional com variação máxima, buscando contemplar profissionais de diferentes categorias e tempos de atuação na Unidade Coronariana, de modo a captar múltiplas perspectivas sobre a cultura de segurança do paciente. O critério de encerramento da coleta seguiu o princípio da saturação teórica, ou seja, a inclusão de novos participantes foi interrompida quando os dados passaram a apresentar redundância e não acrescentaram informações relevantes ao estudo (Silva, 2021). Esse procedimento é fundamental para assegurar a profundidade e a validade das análises (Guest; Bunce; Johnson, 2006).

Nesse sentido, entende-se que uma amostra qualitativa adequada é aquela capaz de representar, de maneira abrangente, as diferentes dimensões do fenômeno estudado, contemplando tanto a variedade quanto a intensidade das experiências envolvidas. Além disso, deve permitir analisar a qualidade das ações e das interações ao longo de todo o processo (Minayo; Hartz; Buss, 2000).

5.5 Técnica de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de técnicas quantitativas e qualitativas. Segundo Yin (2001), essa combinação pode ser empregada em estudos de caso sem que seja necessariamente requerida a utilização de observações diretas como fonte de comprovação.

Na abordagem quantitativa, utilizou-se um questionário aplicado presencialmente, porém em formato eletrônico, preenchido individualmente pelos profissionais em tablets com acesso ao Google Forms. O uso desse instrumento possibilita alcançar um número maior de participantes, assegurando o anonimato das respostas (Gil, 2008). O questionário foi composto por duas partes. A primeira parte é composta por dados sociodemográficos e profissionais, com informações sobre sexo, idade, categoria profissional, formação acadêmica, vínculo empregatício, tempo de atuação na unidade, carga horária e escolaridade. A outra parte correspondeu ao Questionário Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente (Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC 2.0), disponibilizado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) em versão traduzida para o português do Brasil, mediante autorização para uso (Anexo A). Trata-se de um instrumento composto por itens estruturados em escala Likert de 5 pontos (1 = discordo totalmente; 5 = concordo totalmente), além da opção “9 = não se aplica/não sei” em alguns itens.

O HSOPSC foi originalmente desenvolvido pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), em 2004, com o objetivo de mensurar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente, sendo atualmente utilizado em diversos países. O instrumento é composto por 32 itens válidos para escore, distribuídos em 12 dimensões que avaliam percepções e atitudes dos profissionais frente à segurança do paciente. As dimensões analisadas foram:

1. Trabalho em equipe na unidade;
2. Expectativas e ações da chefia/supervisão;
3. Aprendizagem organizacional e melhoria contínua;

4. Apoio à segurança do paciente pela Gerência;
5. Percepção geral da segurança do paciente;
6. Feedback e comunicação sobre erros;
7. Abertura da comunicação;
8. Frequência de relatos de eventos;
9. Trabalho em equipe entre unidades;
10. Dimensionamento de profissionais;
11. Passagem de plantão/turno/transferências;
12. Resposta não punitiva ao erro.

O questionário foi aplicado entre 13 e 28 de maio de 2025. Ressalta-se que a maioria dos estudos sobre cultura organizacional de segurança do paciente tem adotado, nos últimos anos, abordagens quantitativas, utilizando questionários validados e traduzidos para diferentes contextos (Carvalho, 2022).

Na etapa qualitativa foram realizadas 33 entrevistas semiestruturadas, entre 02 e 04 de junho de 2025, em sala reservada no hospital, com o objetivo de aprofundar a compreensão sobre práticas, percepções e desafios relacionados à cultura de segurança em uma UTI de alta complexidade coronária. Essa técnica permite explorar questões complexas que dificilmente seriam abordadas em profundidade apenas por questionários, devido à sua natureza interativa (Alves-Mazzotti; Gewandszajder, 1999).

Conforme Triviños (1987), a entrevista semiestruturada parte de questões iniciais fundamentadas em hipóteses e teorias pertinentes, permitindo que novas indagações surjam ao longo da interação com os sujeitos. O roteiro de entrevistas (Apêndice C) foi elaborado para explorar dimensões centrais da segurança do paciente e submetido a três entrevistas-piloto, com a finalidade de validar a clareza das perguntas e a condução da conversa.

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, em local privativo, garantindo sigilo, conforto e adequação ao horário e disponibilidade dos participantes. Mediante autorização prévia, foram gravadas para assegurar registro literal e integral na transcrição. Cada entrevista teve duração média de 30 minutos, sendo realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.6 Técnica de análise de dados

Os dados provenientes dos 110 questionários aplicados foram inicialmente inseridos em um arquivo eletrônico no Microsoft Excel® e, posteriormente, analisados no programa R (versão 2024.12.0). O tratamento consistiu em análise descritiva, contemplando frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão. As variáveis categóricas (como profissão e turno) foram analisadas por meio de frequências, enquanto a variável ordinal (tempo de trabalho) foi avaliada descritivamente. Não foram realizados procedimentos de associação ou comparação entre variáveis, tampouco aplicação de testes estatísticos inferenciais, razão pela qual não se utilizou nível de significância estatística (p-valor).

Quanto ao tratamento dos dados, não houve checagem de consistência ou técnicas específicas para lidar com valores ausentes. A única exclusão realizada foi a de um questionário respondido por uma estudante de graduação, considerado inválido por preenchimento inadequado. As variáveis categóricas foram codificadas numericamente, sendo atribuídos valores de 0 a 5 às diferentes categorias. As análises foram conduzidas com auxílio de funções do pacote básico do R e do pacote dplyr, utilizado para organização e manipulação do banco de dados.

Para a análise das dimensões do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC 2.0), adotou-se inicialmente o método recomendado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), baseado no percentual de respostas positivas por item. Em complemento, e visando oferecer uma descrição mais aprofundada dos resultados, foram calculadas também as médias e os desvios-padrão de cada dimensão do instrumento, a partir das estatísticas descritivas dos itens que as compõem. Esse procedimento permite sintetizar a tendência central e a variabilidade interna de cada dimensão, oferecendo uma visão mais abrangente da percepção dos profissionais sobre a cultura de segurança.

Além disso, seguindo as recomendações da AHRQ, procedeu-se à classificação das dimensões do questionário. A análise descritiva dos dados foi realizada a partir da frequência de respostas em cada item. Considerou-se a dimensão forte quando 75% ou mais dos participantes selecionaram as opções concordo totalmente/concordo ou frequentemente/sempre para itens formulados positivamente, e discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente para itens formulados

negativamente. Por outro lado, a dimensão foi classificada como fraca quando menos de 50% das respostas foram positivas, conforme parâmetro da AHRQ.

No que se refere à análise qualitativa, os dados provenientes das entrevistas semiestruturadas foram tratados por meio da técnica de análise de conteúdo categorial temática. Essa técnica tem como finalidade descrever as características de um texto, contribuindo para a investigação do problema de pesquisa. Segundo Franco (2018), a análise de conteúdo possibilita a criação de inferências a partir de dados verbais ou simbólicos, obtidos mediante perguntas e observações propostas pelo pesquisador. Do mesmo modo, Souza e Santos (2020) destacam que se trata de um conjunto de instrumentos metodológicos em constante aperfeiçoamento, capaz de abarcar conteúdos verbais e não verbais por meio da sistematização de métodos específicos de análise (Franco, 2018; Souza e Santos 2020).

Nesse sentido, a mensagem pode ser transmitida de forma verbal (oral ou escrita), por gestos, documentos ou até mesmo por silêncios, sempre vinculada ao contexto do emissor, permitindo ao pesquisador realizar inferências acerca dos elementos da comunicação. As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente, de modo a garantir maior fidedignidade ao conteúdo das mensagens. As gravações e transcrições permanecerão sob guarda da pesquisadora por um período de cinco a dez anos, sendo destruídas ao término desse prazo.

O processo de análise qualitativa foi estruturado em três estágios:

1. Leitura inicial das entrevistas, com agrupamento e classificação das falas, distinguindo os agrupamentos por meio de cores;
2. Definição das categorias e subcategorias;
3. Discussão e interpretação dos resultados, conforme os pressupostos de Franco (2018).

A aplicação dessa técnica contou com o suporte da inteligência artificial para a organização inicial dos dados. Foi utilizado o ChatGPT (versão GPT-5, OpenAI), de forma assistiva e não autônoma, com o objetivo de auxiliar na categorização preliminar das falas e na identificação de padrões linguísticos. Esse processo possibilitou identificar núcleos de sentido e agrupar recorrências temáticas em categorias e subcategorias analíticas. O conteúdo foi posteriormente revisado, validado e interpretado pela pesquisadora.

5.7 Cuidados éticos

Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes para pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2013). O estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e pela Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital.

Aos participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices A e B), contendo os objetivos, benefícios e demais informações relevantes da pesquisa. Foi garantida a preservação do sigilo e da identidade dos participantes. A adesão foi voluntária, respeitando-se o direito de recusa ou desistência a qualquer momento, sem prejuízos de qualquer natureza às atividades profissionais.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo de analisar a cultura de segurança do paciente em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulta Coronariana (UCO), os resultados foram organizados em duas etapas complementares, integrando a abordagem quantitativa e qualitativa à luz da literatura científica. Inicialmente, apresenta-se a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, seguida da análise dos questionários aplicados. Na sequência, são descritos os dados provenientes da análise de conteúdo das entrevistas, de modo a aprofundar a compreensão dos resultados obtidos.

6.1 Caracterização da amostra – Etapa quantitativa

A amostra deste estudo foi composta predominantemente por profissionais do sexo feminino (64,9%), enquanto os homens representaram 35,1%. Em relação às categorias profissionais, o maior grupo foi formado por enfermeiros (36,9%), seguido por técnicos de enfermagem (23,4%), fisioterapeutas (12,6%) e médicos (11,7%). A equipe administrativa correspondeu a 5,4% da amostra, enquanto os residentes estavam distribuídos entre fisioterapia (3,6%), enfermagem (2,7%) e medicina (2,7%).

Em relação à faixa etária, observou-se uma distribuição ampla entre 23 e 58 anos, com maior concentração nas faixas de 38 anos (5,4%), 39 anos (7,2%), 40 anos (9,9%), 42 anos (7,2%) e 43 anos (7,2%). As idades entre 27 e 33 anos também apresentaram representatividade moderada, variando entre 0,9% e 3,6%. Faixas etárias acima de 45 anos foram menos frequentes, com percentuais entre 0,9% e 6,3%, destacando-se 45 anos (6,3%). Trata-se, portanto, de uma amostra heterogênea em termos de idade, com predomínio do grupo entre 38 e 43 anos.

Quanto ao nível de escolaridade, observou-se que a maioria dos participantes possui pós-graduação em nível de especialização (55,9%). O ensino superior completo foi relatado por 16,2% dos profissionais, enquanto 12,6% possuem apenas ensino médio e outros 12,6% cursam ou concluíram pós-graduação em nível de mestrado ou doutorado. Apenas 0,9% relataram possuir pós-doutorado.

No que se refere às variáveis laborais, 31,5% dos profissionais atuavam no hospital entre seis e dez anos, 29,7% entre um e cinco anos, 19,8% há menos de um ano e 18,9% há mais de onze anos. Considerando o tempo de atuação na unidade específica, 33,3% relataram menos de um ano, 28,8% entre um e cinco anos, 23,4% entre seis e dez anos e 14,4% onze anos ou mais. Em relação à carga horária

semanal, 69,4% dos participantes trabalhavam entre 30 e 40 horas, 16,2% ultrapassavam 40 horas e 14,4% tinham jornada inferior a 30 horas semanais.

Esses resultados evidenciam um quadro profissional diversificado, com coexistência de profissionais experientes e recém-ingressos, além de uma predominância de vínculos formais e jornadas integrais. Tal perfil reforça a discussão sobre sobrecarga laboral, múltiplos vínculos e rotatividade, fatores que interferem diretamente na consolidação da cultura de segurança do paciente.

Tabela 1 – Características da amostra do estudo (n = 110)

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	71	64,9
Masculino	39	35,1
Idade – Faixa etária		
20 a 30 anos	19	17,3
31 a 40	40	36,3
41 a 50	42	38,2
51 a 60	9	8,2
Categoria profissional		
Enfermeiros	41	36,9
Técnicos de enfermagem	26	23,4
Fisioterapeutas	14	12,6
Médicos	13	11,7
Equipe administrativa	6	5,4
Residentes de fisioterapia	4	3,6
Residentes de enfermagem	3	2,7
Residentes de medicina	3	2,7
Grau de instrução		
Ensino médio	14	12,6
Ensino superior completo	18	16,2
Pós-graduação (especialização)	62	55,9
Mestrado/Doutorado	14	12,6
Pós-doutorado	1	0,9
Técnico	1	0,9
Tempo de vínculo no hospital		
< 1 ano	22	19,8
1–5 anos	33	29,7
6–10 anos	35	31,5
≥ 11 anos	20	18,9
Tempo de atuação na unidade		
< 1 ano	37	33,3
1–5 anos	32	28,8
6–10 anos	26	23,4
≥ 11 anos	15	14,4
Carga horária semanal		

< 30 h/semana	16	14,4
30–40 h/semana	76	69,4
> 40 h/semana	18	16,2

Fonte: Elaborada pela autora.

6.2 Etapa quantitativa questionário HSOPSC

A etapa quantitativa do estudo foi conduzida por meio do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), instrumento destinado a mensurar diferentes dimensões da cultura de segurança do paciente. O questionário avalia a percepção dos profissionais de saúde sobre aspectos relacionados à segurança, incluindo valores, crenças, normas institucionais, relato de eventos adversos, comunicação, liderança e práticas de gestão. O HSOPSC utiliza uma escala Likert de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) (Andrade *et al.*, 2017).

Segundo as recomendações da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), classificam-se como áreas de força as dimensões em que mais de 75% dos respondentes apresentam respostas positivas. As áreas neutras correspondem às dimensões ou itens com percentual de respostas positivas entre 50% e 75%. Já as áreas críticas, que indicam potencial de melhoria, são caracterizadas por percentuais de respostas positivas iguais ou inferiores a 50% (Reis, 2013).













Tabela 2 – Distribuição do percentual de respostas das dimensões de cultura de segurança.

Dimensão	Percentual de respostas		
	Positiva (%)	Neutra (%)	Negativa (%)
1 – Trabalho em equipe na unidade	62,1	8,1	31,5
2 – Expectativas e ações da chefia/supervisão	20,2	29,3	39,8
3 – Aprendizagem organizacional	38,3	23,8	37,9
4 – Apoio à segurança do paciente pela Gerência	12,9	48,9	38,1
5 – Percepção geral da segurança do paciente	50,4	42,3	7,2
6 – Feedback e comunicação sobre erros	49,6	22,1	28,4
7 – Abertura da Comunicação	46,8	25,2	20,7
8 – Frequência de relatos de eventos	43,7	19,4	36,9
9 – Trabalho em equipe entre as unidades	43,7	22,1	34,3
10 – Dimensionamento de profissionais	14,4	18	67,6
11 – Passagem de plantão/ turno/ transferências	77,3	0	22,7
12 – Resposta não punitiva ao erro	42,9	26,1	30,9

Fonte: Elaborado pela autora.

Para facilitar a interpretação dos resultados, as dimensões da cultura de segurança foram analisadas considerando apenas o percentual de respostas positivas, permitindo a classificação segundo os critérios da AHRQ. Dessa forma, é possível identificar as áreas de força, nas quais a maioria dos profissionais percebe boas práticas de segurança, as áreas neutras, com potencial de consolidação, e as áreas críticas, que indicam necessidade de intervenção e melhoria.

Tabela 3 – Distribuição do percentual de respostas positivas.

Dimensão	Positiva (%)	Classificação AHRQ
1 – Trabalho em equipe na unidade	62,1	 Neutra
2 – Expectativas e ações da chefia/supervisão	20,2	 Crítica
3 – Aprendizagem organizacional	38,3	 Crítica
4 – Apoio à segurança do paciente pela gerência	12,9	 Crítica
5 – Percepção geral da segurança do paciente	50,4	 Neutra
6 – Feedback e comunicação sobre erros	49,6	 Crítica
7 – Abertura da comunicação	46,8	 Crítica
8 – Frequência de relatos de eventos	43,7	 Crítica
9 – Trabalho em equipe entre as unidades	43,7	 Crítica
10 – Dimensionamento de profissionais	14,4	 Crítica
11 – Passagem de plantão/turno/transferências	77,3	 Área de força
12 – Resposta não punitiva ao erro	42,9	 Crítica

Fonte: Elaborado pela autora deste trabalho

Além da análise percentual, foram calculadas as médias e os desvios-padrão para cada uma das dimensões do instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC 2.0), conforme metodologia preconizada pela Agency for Healthcare Research and Quality. Esses indicadores complementam a análise de frequência de respostas positivas, permitindo avaliar tendência central das percepções dos profissionais e a variabilidade interna de cada dimensão (REIS, 2013).

Quadro 1 – Médias e Desvios-Padrão por Dimensão do HSOPSC (n = 110)

Dimensão	Itens	Média	Desvio-Padrão
1 – Trabalho em equipe na unidade	1, 8, 9	3,96	0,98
2 – Expectativas e ações da chefia/supervisão	15, 16, 17	3,73	0,99
3 – Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	4, 10, 12, 14	3,39	1,17
4 – Apoio à segurança do paciente pela gerência	29, 30, 31	3,19	1,18
5 – Percepção geral da segurança do paciente	28	3,61	0,96
6 – Feedback e comunicação sobre erros	18, 19, 20	3,09	1,49
7 – Abertura da comunicação	21, 22, 23, 24	3,31	1,37
8 – Frequência de relatos de eventos	25, 26	2,73	1,79
9 – Trabalho em equipe entre unidades	3,5,7	2,93	1,31
10 – Dimensionamento de profissionais	2, 3, 11	2,73	1,16
11 – Passagem de plantão/turno/transferências	32, 33, 34	3,47	1,05
12 – Resposta não punitiva ao erro	6, 7, 13	2,83	1,23

Fonte: Elaborado pela autora deste trabalho

Observa-se que as maiores médias foram identificadas nas dimensões “Trabalho em equipe na unidade” (3,96) e “Expectativas e ações da chefia/supervisão” (3,73), indicando tendência a percepções relativamente favoráveis em relação à cooperação entre os profissionais e às práticas de supervisão imediata. A dimensão “Percepção geral da segurança do paciente” apresentou média de 3,61, sugerindo avaliação predominantemente positiva sobre o ambiente de segurança da unidade.

Em contrapartida, as menores médias foram observadas nas dimensões “Frequência de relatos de eventos” (2,73) e “Dimensionamento de profissionais” (2,73), revelando fragilidades relacionadas tanto à prática de notificação quanto à adequação do quadro de pessoal, aspectos que também se destacaram como áreas críticas segundo a classificação percentual da AHRQ.

A variabilidade das respostas, expressa pelos desvios-padrão, foi mais acentuada nas dimensões “Frequência de relatos de eventos” (DP = 1,79) e “Feedback e comunicação sobre erros” (DP = 1,49), demonstrando maior heterogeneidade nas percepções dos profissionais sobre o tema. Por outro lado, dimensões como “Percepção geral da segurança do paciente” (DP = 0,96) e “Trabalho em equipe na unidade” (DP = 0,98) apresentaram menor dispersão, sugerindo maior consenso entre os participantes.

É importante destacar que, conforme recomendação da AHRQ, a classificação das dimensões do HSOPSC deve ser realizada exclusivamente com base no

percentual de respostas positivas, e não nas médias dos itens. Assim, uma dimensão pode apresentar média aparentemente elevada e, ainda assim, ser classificada como área crítica caso o percentual de respostas favoráveis seja inferior a 50%. As médias e desvios-padrão, portanto, têm função complementar, auxiliando na compreensão da tendência central e da variabilidade das respostas.

Superada a descrição estatística, torna-se possível avançar para a análise interpretativa, identificando as dimensões que se destacam como potenciais fortalezas e aquelas que revelam fragilidades relevantes na cultura de segurança.

A dimensão “Trabalho em equipe na unidade” (62,1% de respostas positivas) evidencia um clima de colaboração, essencial para a segurança do paciente. Estudos reforçam que coesão e cooperação favorecem mudanças e qualidade assistencial. Em Unidades de Terapia Intensiva coronariana, nas quais os pacientes demandam cuidados constantes e complexos, a articulação entre equipe e gestão é decisiva para prevenir sobrecarga e manter a efetividade dos processos assistenciais (Galhardi *et al.*, 2018; Ribeiro *et al.*, 2023; Hang *et al.*, 2023; Pinno *et al.*, 2020).

A dimensão “Expectativas e ações da chefia/supervisão”, apesar da média elevada (3,73), apresentou apenas 20,2% de respostas positivas, revelando percepção crítica quanto à atuação da liderança. Esse achado é coerente com a literatura, que destaca o papel central das chefias na construção de ambientes seguros e colaborativos. Lideranças distanciadas ou excessivamente focadas em produtividade tendem a fragilizar a comunicação e a confiança da equipe (Santiago; Turrini, 2015; Sátiro *et al.*, 2024).

Outros fatores organizacionais, como aprendizagem organizacional, apoio da gestão e resposta não punitiva ao erro, também apresentaram percentuais críticos (12,9% a 42,9%). A literatura aponta que práticas punitivas, ambientes hierarquizados e alta rotatividade dificultam a integração das equipes e inibem processos de melhoria contínua (Hang *et al.*, 2023; Duarte; Boeck, 2015; Auto *et al.*, 2025).

No que se refere à comunicação e ao relato de eventos adversos, os profissionais demonstraram percepções intermediárias (43,7% e 49,6% de respostas positivas). Como destacam Moraes, Almeida e Carvalho (2023), a comunicação eficaz depende de clareza, regularidade e participação multiprofissional, condições ainda não plenamente consolidadas na unidade. O medo de punição e a insegurança quanto ao uso das informações permanecem como barreiras ao reporte, fenômeno

amplamente reconhecido na literatura nacional e internacional (Minuzzi; Salum; Locks, 2016).

A questão específica sobre notificações revelou que 67,6% dos participantes afirmaram não ter registrado nenhum incidente nos últimos doze meses, evidenciando baixa adesão ao sistema institucional de notificação. Esse achado reforça a persistência da subnotificação, frequentemente relacionada à cultura punitiva e às limitações de tempo e de recursos. Estudos brasileiros apontaram padrões semelhantes, com mais de 40% de profissionais relatando nunca ter notificado eventos adversos (Silva, 2021; Reis *et al.*, 2019).

A dimensão “Percepção geral da segurança” apresentou 50,4% de respostas positivas, refletindo percepção razoável, porém possivelmente influenciada pela subjetividade das experiências individuais, as percepções positivas não necessariamente indicam ausência de riscos, especialmente em ambientes onde a notificação ainda é limitada (Sanchis *et al.* 2020).

Por outro lado, a dimensão “Passagem de plantão/turno/transferências” (77,3%) configurou-se como área de força, evidenciando a existência de rotinas estruturadas e práticas consolidadas para a transferência de informações críticas. Estudos confirmam que passagens de plantão estruturadas reduzem falhas e fortalecem a continuidade do cuidado (Sanchis *et al.* 2020.; Santiago; Turrini, 2015).

A integração entre os resultados quantitativos e qualitativos indica que a cultura de segurança na Unidade Coronariana é profundamente influenciada por fatores humanos e organizacionais, como qualificação técnica da equipe, condições de trabalho, liderança, comunicação e clima organizacional. Apesar das fragilidades, especialmente relacionadas ao dimensionamento de pessoal, ao apoio da gestão e à cultura não punitiva, a unidade apresenta práticas fortes que contribuem para a mitigação de riscos, principalmente aquelas relacionadas ao trabalho em equipe e à passagem de plantão.

Em síntese, a consolidação de uma cultura de segurança mais madura requer ações institucionais que reforcem lideranças participativas, aprimorem canais de comunicação, fortaleçam o aprendizado organizacional e promovam um ambiente não punitivo. Esses elementos, articulados, constituem base essencial para a melhoria contínua da qualidade assistencial e para a proteção dos pacientes e profissionais.

6.3 Etapa qualitativa

Nesta etapa, dá-se continuidade à análise da cultura de segurança do paciente, apresentando-se os resultados e a discussão dos dados qualitativos obtidos por meio das entrevistas com os profissionais da Unidade Coronariana. Essa abordagem permite aprofundar a compreensão do tema, complementando os achados quantitativos e evidenciando percepções, experiências e nuances da prática assistencial que não são captadas pelos questionários estruturados.

Os dados qualitativos resultam das entrevistas realizadas com profissionais que atuam diretamente na unidade estudada. A análise iniciou-se com a leitura exaustiva e minuciosa das transcrições, seguida pela organização, codificação e categorização do material empírico. Para essa etapa, foi empregada a análise temática de conteúdo, conforme a proposta de Franco (2018), a qual se estrutura em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento/interpretação dos resultados.

A análise permitiu a identificação de cinco categorias principais, que englobam os fatores que interferem na cultura de segurança do paciente, considerando as recomendações sugeridas pelos participantes para o aprimoramento dessa cultura na Unidade Coronariana em estudo. Cada categoria reúne subcategorias que detalham aspectos específicos do fenômeno analisado, revelando as percepções, vivências e interpretações dos profissionais sobre o tema.

Nesse item, são descritas e analisadas as seguintes categorias temáticas: Percepção da cultura de segurança e fatores interferentes; Riscos e medidas preventivas na rotina assistencial; Treinamento e capacitação; Envolvimento de familiares e Recomendações para melhoria.

6.3.1 Caracterização dos participantes da etapa qualitativa

Antes da apresentação das categorias, faz-se necessária a caracterização do perfil dos profissionais entrevistados, a fim de contextualizar a análise qualitativa. Essa descrição permite compreender como as variáveis sociodemográficas e laborais podem influenciar as percepções e experiências relacionadas à cultura de segurança do paciente na Unidade Coronariana (UCO).

O grupo de entrevistados foi composto majoritariamente por profissionais do sexo feminino, com idades entre 30 e 45 anos, predominância de enfermeiros e técnicos de enfermagem, além da participação de fisioterapeutas e profissionais administrativos. O tempo de atuação variou entre poucos meses e mais de 15 anos,

refletindo tanto a maturidade de profissionais experientes quanto os desafios de integração e adaptação de recém-chegados.

O contexto laboral é marcado por cargas horárias extenuantes, duplo vínculo empregatício e plantões noturnos, fatores que interferem na atenção, no humor e na capacidade de concentração, conforme já evidenciado em estudos sobre o estresse ocupacional na enfermagem (Ribeiro *et al.*, 2023; Pinno *et al.*, 2020). Esses elementos configuram um ambiente de alta complexidade e pressão, que demanda competências técnicas, equilíbrio emocional e trabalho em equipe contínuo para garantir a segurança do paciente.

Quadro 2 – Caracterização dos participantes da etapa qualitativa

Código do participante	Categoria profissional	Tempo de atuação na UCO	Vínculo institucional	Observações relevantes
Enf. 1	Enfermeiro	11 anos	Efetivo	Experiência em supervisão
Fisio. 30	Fisioterapeuta	4 meses	Terceirizado	Recém-integrado à equipe
Tec. 9	Téc. de enfermagem	6 anos	Efetivo	Duplo vínculo
Sec. 14	Secretaria administrativa	3 anos	Efetivo	Apoio administrativo à unidade
Enf. 16	Enfermeiro	10 anos	Efetivo	Referência em práticas seguras
Med. 19	Médico	5 anos	Residente/Plantão	Atua em turnos alternados

Fonte: Elaborado pela autora

A caracterização dos participantes permite compreender a diversidade profissional e os contextos de trabalho presentes na Unidade Coronariana, aspectos fundamentais para interpretar as percepções expressas nas entrevistas. Esses elementos ajudam a situar as análises que seguem, nas quais são apresentadas as categorias temáticas que revelam os principais fatores, percepções e recomendações relacionados à cultura de segurança do paciente na unidade estudada.

6.3.2 Categoria “Percepção da cultura de segurança e fatores interferentes”

A percepção da cultura de segurança do paciente entre os profissionais da Unidade Coronariana apresenta ambivalências significativas. Parte dos entrevistados reconhece avanços institucionais, como a realização de treinamentos, a prática da dupla checagem de medicamentos e a melhoria da comunicação entre turnos. Entretanto, outros apontam fragilidades estruturais, baixa adesão multiprofissional e

subnotificação de eventos como fatores que ainda enfraquecem a consolidação dessa cultura.

A análise das falas evidencia que a enfermagem é a categoria que mais internaliza as práticas de segurança, sendo protagonista na execução de protocolos e rotinas institucionais. Em contrapartida, outras categorias profissionais especialmente médicas e fisioterapeutas tendem a atuar de forma mais fragmentada, o que reflete uma cultura de segurança ainda assimétrica, concentrada na linha de frente do cuidado, mas sem corresponsabilidade institucional plena. Essa percepção demonstra que o compromisso com a segurança do paciente ainda é percebido como uma atribuição setorial, e não como um valor compartilhado por toda a equipe.

6.3.2.1 Subcategoria – Avaliação da cultura de segurança

A avaliação da cultura de segurança do paciente pelos profissionais da Unidade Coronariana revela percepções distintas quanto ao seu nível de consolidação. Enquanto parte dos entrevistados considera que há avanços significativos especialmente na adesão a protocolos e treinamentos institucionais, outros percebem que a segurança ainda não é uma prioridade plenamente incorporada à rotina assistencial. As falas refletem tanto o reconhecimento de práticas positivas quanto a percepção de limitações estruturais e relacionais que comprometem a efetividade da cultura de segurança.

A equipe multi tem uma visão que perpassa por todo o paciente [...] há essa discussão entre os profissionais para otimizar cuidados (Enf. 1).

Sempre vejo as meninas conferindo medicação. Uma checa pra outra. O pessoal é bem cuidadoso (Fisio 11).

Vejo o pessoal seguindo os protocolos, lavando as mãos. O CCIH está sempre presente (Med. 19).

Na enfermagem, sim. Na equipe multiprofissional, acho que precisa de um envolvimento maior das outras categorias (Enf. 21).

Precisamos fortalecer a cultura de colaboração, empatia e corresponsabilidade. Às vezes cada equipe enxerga o problema como 'não é minha função' (Enf. 28)

Os depoimentos indicam que a cultura de segurança na unidade se encontra em processo de amadurecimento, marcada por avanços pontuais, mas ainda sem transversalidade institucional plena. As falas da enfermagem ressaltam a consolidação de práticas seguras no âmbito da assistência direta, como a dupla checagem e o uso correto de protocolos, o que evidencia o protagonismo dessa

categoria. Contudo, o reconhecimento da baixa adesão multiprofissional demonstra a persistência de uma cultura setorizada, em que a segurança é percebida como responsabilidade de alguns grupos e não como um compromisso coletivo.

Essa percepção encontra respaldo nos resultados quantitativos do HSOPSC, em que as dimensões “Trabalho em equipe entre unidades” (43,7%) e “Apoio à segurança do paciente pela gerência” (12,9%) foram classificadas como críticas, revelando lacunas na integração e no suporte institucional. De acordo com Capelo *et al.* (2021) e Madalozzo *et al.* (2021), o fortalecimento da cultura de segurança requer engajamento interprofissional, comunicação efetiva e corresponsabilidade entre as áreas assistenciais e gerenciais, de modo que a segurança seja compreendida como um valor organizacional e não apenas operacional.

Em síntese, a avaliação da cultura de segurança pelos profissionais demonstra avanços perceptíveis, mas desiguais, apontando a necessidade de fortalecer o envolvimento multiprofissional, a colaboração e o sentimento de corresponsabilidade. Tais elementos configuram pilares essenciais para a consolidação de uma cultura de segurança madura e sustentável na Unidade Coronariana.

6.3.2.2 Subcategoria – Sobrecarga, dimensionamento e fadiga

A sobrecarga de trabalho e o dimensionamento inadequado de pessoal configuram um dos fatores estruturais mais críticos para a segurança do paciente. Além de comprometer a execução das práticas assistenciais, essas condições repercutem diretamente sobre o bem-estar físico e emocional dos profissionais, gerando cansaço, estresse e fadiga mental. Dessa forma, os efeitos da sobrecarga extrapolam o plano operacional, influenciando a atenção, a tomada de decisão e a capacidade de resposta diante de situações de risco, o que reforça a relação direta entre as condições laborais e a cultura de segurança do paciente.

As falas evidenciam a percepção de que o número reduzido de profissionais, especialmente na equipe de enfermagem, acarreta acúmulo de tarefas, absenteísmo e aumento da carga horária, impactando a qualidade da assistência prestada.

Com certeza é dimensionamento da equipe, principalmente da enfermagem. Isso contribui muito para a ocorrência de eventos (Enf. 26).

A gente trabalha muito no limite em relação ao número de pessoal, nunca tem gente a mais (Tec. 9).

Sobrecarga de trabalho, muitos atestados. Se fosse uma carga horária menor, melhoraria também (Enf. 10).

Esses relatos expressam o impacto direto da sobrecarga sobre a qualidade assistencial e o bem-estar dos profissionais, refletindo uma condição que vai além da rotina operacional, assumindo caráter estrutural e organizacional. O déficit de pessoal contribui para o aumento do estresse ocupacional, para a fadiga e para a redução da vigilância clínica, favorecendo a ocorrência de incidentes e a diminuição da capacidade de resposta diante de situações críticas.

Os resultados qualitativos corroboram os dados do HSOPSC, que identificaram o dimensionamento de profissionais como uma das dimensões mais críticas (14,4% de respostas positivas). Essa convergência entre métodos reforça a centralidade desse fator na fragilização da cultura de segurança. Conforme destacam Pinno *et al.* (2020) e Ribeiro *et al.* (2023), a inadequação do quadro de pessoal é uma das principais barreiras à implementação de práticas seguras, pois compromete tanto o desempenho técnico quanto a comunicação e a colaboração entre os membros da equipe.

Além das limitações estruturais, os profissionais relatam o cansaço físico e mental como consequência direta da sobrecarga e do acúmulo de vínculos empregatícios. O esgotamento emocional e a falta de períodos adequados de descanso afetam a concentração, a memória e a capacidade de decisão, configurando riscos silenciosos à segurança do paciente.

É um cansaço mental, e físico. A gente luta aí por umas 30 horas pra ver se consegue descansar. Faz toda a diferença (Enf. 7).

A enfermagem é sempre muito cansada, porque o trabalho da enfermagem é muito pesado. Então, qualquer coisa que as pessoas conseguem fazer para gastar menos energia para fazer, elas vão fazer. Normalmente isso coincide com fazer uma coisa incorreta (Tec 9).

Esse cansaço agrava muito. O trabalhador chega exausto (Sec. 14).

Esses relatos evidenciam um estado de fadiga cumulativa que compromete não apenas o desempenho técnico, mas também o equilíbrio emocional e a capacidade de tomada de decisão. A literatura aponta que, em ambientes críticos, os trabalhadores estão mais suscetíveis a situações de sobrecarga e estresse que podem resultar em eventos adversos ao paciente (Moraes; Almeida; Carvalho, 2023). Esses autores destacam que a exposição contínua a cenários de alta demanda e pressão assistencial exige estratégias institucionais de apoio e comunicação para mitigar os riscos associados ao desgaste físico e psicológico das equipes.

Conforme também enfatizam Ribeiro *et al.* (2023) e Duarte e Boeck (2015), o esgotamento profissional está intimamente relacionado à ocorrência de falhas humanas e incidentes adversos, uma vez que a fadiga reduz a vigilância situacional e a capacidade de resposta rápida. Além disso, o trabalho sob pressão contínua e a ausência de pausas adequadas potencializam sintomas de estresse e sofrimento psíquico, que, se não forem manejados institucionalmente, podem evoluir para o adoecimento ocupacional.

Em síntese, o eixo evidencia que o dimensionamento inadequado e a sobrecarga laboral, associados à fadiga física e mental, configuram fatores estruturais e humanos críticos que impactam diretamente a cultura de segurança do paciente. O fortalecimento dessa cultura exige políticas institucionais de dimensionamento seguro, revisão de cargas horárias e estratégias de suporte psicossocial, de modo a promover condições de trabalho que favoreçam o cuidado seguro, o desempenho sustentável e o bem-estar das equipes multiprofissionais.

6.3.2.3 Subcategoria – Comunicação deficiente e ruídos entre equipes

A comunicação entre as equipes emergiu como um dos principais fatores interferentes na consolidação da cultura de segurança do paciente. As falas revelam a existência de falhas na troca de informações, tanto durante a passagem de plantão quanto nas interações entre as categorias profissionais, comprometendo a continuidade e a integralidade do cuidado.

A transição de cuidados deixa a desejar. Já recebemos paciente sem pulseira de identificação (Tec. 12).

Falhas na comunicação e nas prescrições durante a passagem de plantão comprometem a segurança (Enf. 29).

Vejo muito cada um no seu canto, falta conversa e troca entre a equipe multiprofissional (Fisio 30).

A comunicação é um problema grave, já aconteceu de colocar plaquinha de jejum sem comunicar ninguém (Enf. 16).

No plantão noturno, zero comunicação. Enfermagem fala com enfermagem (Enf 23).

As falas indicam que os ruídos na comunicação se manifestam entre os diferentes turnos e setores, e no plano multiprofissional, refletindo a ausência de integração entre as categorias. Esse cenário gera fragmentação do cuidado, duplicidade de informações, atrasos em condutas e falhas na execução de medidas de segurança, como a identificação correta do paciente e a verificação de prescrições.

A literatura reforça que uma cultura de segurança fortalecida é essencial para reduzir eventos adversos e depende diretamente de uma comunicação efetiva e assertiva entre os profissionais. A comunicação segura envolve a capacidade de receber, organizar e transmitir informações de forma completa, precisa e respeitosa, utilizando canais adequados e condutas assertivas de repassar e confirmar dados (Moraes; Almeida; Carvalho, 2023). Nesse sentido, falhas na comunicação não apenas comprometem a execução técnica das atividades, mas também afetam a confiança e a cooperação entre os membros da equipe, enfraquecendo a cultura organizacional de segurança.

Esses achados convergem com os resultados quantitativos do HSOPSC, que apontaram índices intermediários nas dimensões “Feedback e comunicação sobre erros” (49,6%) e “Abertura da comunicação” (46,8%), evidenciando que a comunicação ainda não é consolidada como prática transversal. Conforme destaca Sanchis *et al.* (2020), a comunicação efetiva é o elo central para o trabalho em equipe seguro, sendo determinante para a tomada de decisão compartilhada e para a aprendizagem organizacional.

Em síntese, a análise evidencia que a comunicação deficiente e os ruídos entre equipes configuram barreiras estruturais e relacionais que limitam a consolidação da cultura de segurança. O fortalecimento dessa dimensão exige investimentos em estratégias institucionais de comunicação segura, como *briefings*, *safety huddles* e padronização de passagens de plantão, além do estímulo à escuta ativa e à corresponsabilidade multiprofissional.

6.3.2.4 Subcategoria – Subnotificação e medo de punição

A análise das falas revela que a subnotificação de incidentes e eventos adversos é uma prática recorrente na Unidade Coronariana, influenciada por fatores culturais, organizacionais e operacionais. Os profissionais expressam que o medo de punição, a ausência de retorno institucional e a sobrecarga de trabalho são os principais obstáculos à efetivação de um sistema de notificação robusto e educativo.

Tem muita falha, muita omissão e subnotificação. A gente não tem retorno do que foi feito (Tec 12).

Às vezes o profissional não entende que a notificação é um processo de aprendizado, acha que é punitivo (Enf 3).

A notificação geralmente é feita por quem está na supervisão. Às vezes vejo um evento e não consigo notificar, pela correria (Enf 16).

Esses depoimentos indicam que a notificação ainda é percebida mais como uma obrigação burocrática do que como um instrumento de aprendizagem organizacional. O medo de expor falhas individuais reforça a cultura de culpa, limitando a reflexão coletiva sobre os erros e, conseqüentemente, a prevenção de novos eventos. A ausência de devolutiva das notificações também é apontada como fator de desmotivação, gerando sensação de inutilidade do processo e descrédito quanto à efetividade das ações corretivas.

De acordo com Moraes, Almeida e Carvalho (2023), uma cultura de segurança do paciente fortalecida não é apenas imprescindível para reduzir os danos ao paciente, mas também é essencial para oferecer um ambiente de trabalho psicologicamente seguro. Tal ambiente permite que os profissionais expressem suas preocupações sobre a segurança sem medo de repercussões negativas, o que favorece a comunicação aberta e o aprendizado organizacional. A literatura também aponta que, em ambientes críticos, os trabalhadores estão mais suscetíveis à sobrecarga e ao estresse, condições que podem resultar em eventos adversos e reduzir a disposição dos profissionais para o relato de incidentes (Moraes; Almeida; Carvalho, 2023).

Os resultados qualitativos convergem com os achados do HSOPSC, em que a dimensão “Resposta não punitiva ao erro” apresentou apenas 42,9% de respostas positivas, configurando-se como uma área crítica. Esse dado reforça a necessidade de fortalecimento de uma gestão participativa, que promova a escuta ativa, o feedback construtivo e o aprendizado coletivo. Segundo Reis (2013), a mudança cultural requer liderança comprometida, comunicação efetiva e reconhecimento do erro como parte integrante do processo de aperfeiçoamento organizacional.

Em síntese, a subnotificação e o medo de punição refletem uma cultura de segurança ainda em transição, na qual coexistem esforços de melhoria e resquícios de práticas punitivas. A consolidação de uma cultura madura exige ações institucionais voltadas à educação permanente, à capacitação sobre notificação de eventos e à implantação de estratégias de devolutiva e aprendizagem organizacional, que promovam confiança, transparência e corresponsabilidade entre os profissionais.

Para melhor visualização da estrutura analítica, o quadro a seguir apresenta a organização dos temas e subtemas emergentes da categoria “Percepção da cultura de segurança e fatores interferentes”.

Quadro 3 – Temas e subtemas da categoria “Percepção da cultura de segurança e fatores interferentes

Tema principal	Subtemas identificados
Avaliação geral da cultura de segurança	- Adesão a protocolos e treinamentos - Protagonismo da enfermagem - Baixa adesão multiprofissional
Sobrecarga, dimensionamento e fadiga	- Déficit de pessoal - Cansaço físico e mental - Absenteísmo e múltiplos vínculos - Impactos sobre desempenho e segurança
Comunicação deficiente e ruídos entre equipes	- Falhas na passagem de plantão - Falta de integração multiprofissional - Ruídos na execução de protocolos - Fragmentação do cuidado
Subnotificação e medo de punição	- Medo de repercussões negativas - Falta de devolutiva institucional - Cultura de culpa - Fragilidade na aprendizagem organizacional

Fonte: Elaborado pela autora.

O Quadro 3 evidencia a organização temática das falas dos profissionais, consolidando as principais dimensões que influenciam a cultura de segurança na unidade.

A seguir, apresenta-se a categoria “Treinamento e Capacitação”, que aprofunda a percepção dos profissionais sobre as práticas educativas e seu papel no fortalecimento da cultura de segurança.

6.3.3 Categoria “Treinamento e capacitação”

Os entrevistados reconhecem a relevância dos treinamentos para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente, porém relatam baixa frequência, abordagem segmentada e exclusão de algumas categorias profissionais. A capacitação é percebida como voltada sobretudo à enfermagem, com pouca participação de médicos e fisioterapeutas. Essa limitação reduz o aprendizado coletivo e a corresponsabilidade entre os membros da equipe, elementos considerados essenciais para a consolidação de uma cultura de segurança (Silva, 2021).

Os profissionais também indicam preferência por metodologias práticas, como simulações realísticas, estudos de caso e blitz educativas, em detrimento de palestras expositivas. Essa demanda revela abertura para o uso de estratégias de educação permanente, capazes de articular teoria e prática e favorecer a aprendizagem significativa no ambiente de trabalho. Conforme Ceccim e Feuerwerker (2004), a educação permanente constitui-se em um processo contínuo de reflexão sobre a

prática, promovendo transformação das rotinas e o fortalecimento do compromisso coletivo com a qualidade do cuidado.

Os treinamentos poderiam ser mais frequentes e envolver toda a equipe (Enf. 13).

Sempre tem treinamento de higiene das mãos, mas poderia ter mais sobre protocolos específicos (Fisio 18).

Faltam treinamentos obrigatórios para os profissionais novos. Muitos chegam sem capacitação (Enf 26).

Esses relatos evidenciam a necessidade de institucionalizar práticas educativas regulares, com foco multiprofissional, integrando os diferentes atores do cuidado. O estímulo à aprendizagem compartilhada e ao protagonismo das equipes representa uma oportunidade concreta de fortalecimento da cultura de segurança na Unidade Coronariana.

6.3.4 Categoria “Riscos e medidas preventivas na rotina assistencial”

Os profissionais reconhecem que a rotina assistencial da Unidade Coronariana envolve riscos inerentes ao cuidado intensivo, em função da gravidade clínica dos pacientes e da complexidade dos procedimentos realizados. Entre os principais riscos apontados, destacam-se o erro de medicação, as infecções relacionadas a dispositivos invasivos, as quedas, as lesões por pressão e a identificação incorreta do paciente. Apesar das fragilidades relatadas, há o reconhecimento de que a adoção de protocolos, barreiras ativas e medidas preventivas padronizadas contribuem para reduzir danos e promover a segurança do paciente.

Vejo sempre as meninas fazendo dupla checagem. Uma confere pra outra antes de aplicar o medicamento (Fisio 11).

Temos formulários de transferência na enfermagem, mas entre as profissões ainda falta um instrumento formal (Enf. 29).

A identificação do paciente ainda falha, principalmente em pacientes vindos da hemodinâmica sem pulseira (Tec. 12).

Alguma falha de prescrição pode acontecer (Med 20).

Acho que o risco de confundir pacientes, de identificação mesmo, já que aqui eles ficam muito separados e não vemos diretamente (Med 31).

Esses relatos evidenciam uma percepção equilibrada entre consciência dos riscos e valorização das práticas seguras. A dupla checagem, as pulseiras coloridas de identificação e as escalas de risco são reconhecidas como estratégias efetivas de prevenção de eventos adversos, especialmente no que tange à administração de

medicamentos e à identificação correta dos pacientes, que são áreas críticas no cuidado intensivo. Contudo, persistem fragilidades na integração multiprofissional e na padronização dos processos de comunicação durante as transferências, o que pode comprometer a continuidade e a integralidade do cuidado.

A literatura reforça que a ocorrência de eventos adversos reflete o distanciamento entre o cuidado real e o ideal, constituindo um dos maiores desafios para a segurança do paciente. As Unidades de Terapia Intensiva configuram-se como ambientes de elevado risco, dada a gravidade dos pacientes, a complexidade das intervenções e o grande número de dispositivos tecnológicos utilizados (Capelo *et al.*, 2021). Nesse contexto, a equipe de enfermagem, principal força de trabalho nesses setores, apresenta carga laboral intensa, o que pode aumentar a vulnerabilidade à ocorrência de incidentes e comprometer a segurança assistencial. Tais fatores evidenciam a necessidade de uma prática pautada na prevenção e na vigilância contínua, aliando competência técnica, trabalho em equipe e adesão rigorosa aos protocolos de segurança.

Os resultados quantitativos do HSOPSC reforçam essa percepção: a dimensão “Passagem de plantão/turno/transferências” obteve 77,3% de respostas positivas, configurando-se como uma área de força da cultura de segurança. Isso demonstra que, embora existam riscos e vulnerabilidades, as estruturas de comunicação formalizadas, como formulários e checklists contribuem para minimizar falhas e garantir a continuidade do cuidado.

Entretanto, as falas também apontam para lacunas relacionadas à integração entre categorias profissionais, sugerindo a necessidade de ampliar instrumentos interdisciplinares de passagem de informações. Essa limitação foi igualmente observada por Sanchis *et al.* (2020), que destacam que o sucesso das medidas preventivas depende não apenas da existência de protocolos, mas da adesão coletiva e da responsabilização compartilhada entre as equipes.

Em síntese, a categoria revela que os profissionais da Unidade Coronariana possuem percepção crítica e madura dos riscos assistenciais, reconhecendo tanto os desafios operacionais quanto os avanços institucionais. O fortalecimento da cultura de segurança passa, portanto, pela consolidação das práticas preventivas já implementadas, aliada à integração multiprofissional e ao aperfeiçoamento contínuo da comunicação clínica, garantindo que as medidas de prevenção sejam efetivas, sustentáveis e transversais a toda a equipe.

6.3.5 Categoria “Envolvimento de familiares”

O envolvimento de familiares na segurança do paciente é reconhecido pelos profissionais como um componente importante, embora ainda limitado na prática assistencial. As falas revelam que os acompanhantes recebem orientações pontuais, geralmente relacionadas à higienização das mãos, à prevenção de quedas e ao uso correto dos equipamentos, mas ainda não são plenamente integrados como parceiros ativos do cuidado.

Embora os profissionais reconheçam a importância da participação dos familiares, os resultados indicam que essa prática ainda é limitada por fatores organizacionais e laborais. A análise integrada com os dados quantitativos do HSOPSC revela que a sobrecarga de trabalho e o dimensionamento insuficiente de pessoal, identificados como fragilidades críticas nas dimensões “Dimensionamento de profissionais” (14,4% de respostas positivas) e “Apoio da gestão à segurança do paciente” (12,9%), reduzem o tempo disponível para a orientação e o diálogo com acompanhantes. Nesse contexto, o envolvimento familiar tende a ser tratado como uma ação pontual, voltada apenas para aspectos operacionais, como higiene das mãos ou prevenção de quedas, e não como parte estruturante do cuidado compartilhado. Assim, a limitação da participação dos familiares reflete não apenas barreiras culturais, mas também as condições de trabalho que restringem a disponibilidade do profissional para práticas educativas e colaborativas.

Essa relação evidencia um importante *insight* da triangulação entre as fases quantitativa e qualitativa: quanto maior a sobrecarga e a pressão por produtividade, menor é a capacidade da equipe de integrar os familiares como parceiros ativos na segurança do paciente. Esse achado corrobora a literatura, segundo a qual o engajamento do paciente e de seus familiares depende de ambientes laborais equilibrados e de políticas institucionais que reconheçam o tempo de comunicação como parte essencial do cuidado seguro (OMS, 2017).

Os familiares ajudam muito na prevenção de quedas, mas poderiam ser mais orientados (Enf 23).

Na admissão, orientamos sobre higiene das mãos e não mexer nas bombas, mas é algo rápido (Sec. 14).

No noturno, quase não há presença de acompanhantes, o que enfraquece a segurança (Enf 7).

Os depoimentos demonstram uma percepção positiva, porém restrita, do papel da família na cultura de segurança. Os profissionais reconhecem que a presença dos familiares contribui para a vigilância e prevenção de eventos adversos, especialmente na observação do paciente e na adesão às medidas de segurança. Entretanto, as orientações ainda são pontuais e unidirecionais, sem espaços sistemáticos de diálogo ou de empoderamento do acompanhante como coparticipante do cuidado.

Esses achados são consistentes com a literatura nacional, que aponta a baixa inclusão de familiares nos processos de segurança. Silva *et al.* (2017), ao investigarem a participação do paciente e da família em um hospital universitário, observaram que, embora os familiares demonstrem interesse e disposição para colaborar, a falta de informação e a comunicação limitada reduzem sua atuação como parceiros na prevenção de riscos. Essa limitação reflete uma cultura institucional ainda centrada na equipe de saúde, em detrimento de um modelo colaborativo de cuidado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) destaca que o paciente e seus familiares devem ser reconhecidos como barreiras ativas na prevenção de eventos adversos, uma vez que sua participação pode contribuir para identificar falhas e fortalecer o cuidado seguro. A OMS recomenda o desenvolvimento de estratégias educativas e de comunicação efetiva, de modo que o acompanhante compreenda seu papel e se sinta seguro para participar do processo assistencial, favorecendo o fortalecimento da cultura de segurança.

Os resultados qualitativos dialogam com as dimensões do HSOPSC relacionadas à comunicação e trabalho em equipe, que obtiveram percentuais intermediários variando em torno de 40% a 60% de respostas positivas, evidenciando que o compromisso colaborativo ainda está em consolidação, tanto entre as equipes multiprofissionais quanto na relação com os familiares. Conforme salientam Sanchis *et al.* (2020), a integração do acompanhante como parceiro no cuidado requer mudanças culturais e institucionais, valorizando a escuta ativa e o compartilhamento de responsabilidades.

Em síntese, a categoria evidencia que, embora haja reconhecimento da importância do envolvimento de familiares, as práticas permanecem pontuais, informativas e pouco participativas. A consolidação dessa dimensão da cultura de segurança exige políticas institucionais de coeducação em saúde, que promovam comunicação bidirecional, acolhimento e empoderamento dos familiares como parte integrante do cuidado seguro.

6.3.6 Categoria “Recomendações para melhoria”

As recomendações apresentadas pelos profissionais refletem uma percepção crítica e madura sobre os fatores que interferem na cultura de segurança do paciente. Os entrevistados demonstram consciência coletiva e senso de corresponsabilidade, reconhecendo que o fortalecimento da cultura de segurança depende de mudanças integradas em diferentes níveis organizacionais. As propostas concentram-se em cinco eixos principais:

1. Educação e treinamento contínuo;
2. Melhoria da comunicação e do feedback institucional;
3. Revisão do dimensionamento e apoio aos trabalhadores;
4. Adequação estrutural;
5. Envolvimento interdisciplinar e familiar.

Precisamos de treinamentos mais práticos e frequentes, com discussão de casos (Enf. 16).

Falta retorno das notificações e comunicação mais clara da gerência (Enf. 26).

Precisamos de mais gente na escala, o serviço é muito pesado (Tec 9).

A cultura de segurança depende da colaboração e da empatia entre as equipes (Enf. 28).

As recomendações evidenciam a valorização da educação permanente como ferramenta central para a consolidação da cultura de segurança. Os profissionais destacam que treinamentos contínuos e contextualizados com a realidade da unidade, como discussões de casos e simulações clínicas podem aumentar a adesão aos protocolos e reforçar comportamentos seguros. Essa percepção está em consonância com as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), que aponta a capacitação sistemática das equipes como eixo estruturante das estratégias de segurança do paciente.

Outro ponto recorrente nas falas diz respeito à necessidade de aprimorar a comunicação institucional. A ausência de retorno sobre as notificações e a falta de feedback da gestão foram percebidas como barreiras que geram desmotivação e dificultam o aprendizado coletivo. Conforme Reis (2013), a retroalimentação das informações sobre incidentes é essencial para promover o aprendizado organizacional e prevenir a recorrência de falhas.

A revisão do dimensionamento de pessoal e o apoio aos trabalhadores também foram apontados como medidas prioritárias, reafirmando as fragilidades estruturais identificadas nos resultados quantitativos especialmente na dimensão “Dimensionamento de profissionais”, que apresentou apenas 14,4% de respostas positivas.

As falas também ressaltam a importância da colaboração interdisciplinar e da empatia entre as equipes, reconhecendo que a cultura de segurança é um processo coletivo e contínuo, que requer integração, diálogo e confiança mútua. A maturidade da cultura de segurança está associada à capacidade institucional de promover comunicação aberta, respeito às diferenças profissionais e corresponsabilidade nas decisões clínicas (Sanchis, 2020).

Por fim, o envolvimento dos familiares é mencionado como um eixo de melhoria, reforçando a necessidade de transformá-los em parceiros ativos do cuidado, por meio de estratégias educativas e de comunicação acessível. Essa perspectiva dialoga com as recomendações da OMS (2017), que reconhece o papel do paciente e da família como barreiras ativas na prevenção de eventos adversos.

Em síntese, as recomendações dos profissionais expressam uma visão abrangente e participativa da cultura de segurança, que articula capacitação, comunicação, suporte estrutural e valorização do trabalho coletivo. Tais propostas demonstram que o grupo estudado não apenas identifica fragilidades, mas também propõe caminhos concretos para o aprimoramento da segurança do paciente, fortalecendo o compromisso ético e institucional com a qualidade do cuidado.

A análise qualitativa permitiu compreender, de forma aprofundada, os significados atribuídos pelos profissionais à cultura de segurança do paciente no contexto da Unidade Coronariana. As cinco categorias temáticas, Percepção da cultura de segurança e fatores interferentes; Treinamento e capacitação; Riscos e medidas preventivas na rotina assistencial; Envolvimento de familiares e Recomendações para melhoria, evidenciaram que a cultura de segurança é resultado da interação dinâmica entre condições de trabalho, práticas de cuidado, relações interpessoais e apoio institucional. Os depoimentos revelaram tanto potencialidades, como o trabalho em equipe, a comunicação durante as passagens de plantão e o comprometimento dos profissionais de enfermagem, quanto fragilidades estruturais e relacionais, como o dimensionamento insuficiente, a sobrecarga laboral, a comunicação fragmentada e o medo de punição.

Além disso, as falas destacaram estratégias e recomendações concretas voltadas ao fortalecimento da segurança do paciente, especialmente por meio da educação permanente, da melhoria do feedback gerencial, da valorização da colaboração interdisciplinar e do envolvimento de familiares no cuidado.

Esses achados dialogam diretamente com os resultados quantitativos do HSOPSC, demonstrando convergência entre as percepções subjetivas e os indicadores mensurados, o que reforça a consistência e a credibilidade dos resultados. Assim, os dados qualitativos complementam e ampliam a compreensão da cultura de segurança, oferecendo subsídios relevantes para a construção de práticas institucionais mais seguras, colaborativas e sustentáveis.

6.4 Triangulação dos resultados

A triangulação dos resultados visa integrar e confrontar os achados das etapas quantitativa e qualitativa, buscando identificar convergências, complementaridades e possíveis divergências entre os dois conjuntos de dados. Essa estratégia metodológica possibilita uma compreensão mais ampla e contextualizada da cultura de segurança do paciente na Unidade Coronariana, ao articular as percepções subjetivas dos profissionais com os indicadores mensurados pelo questionário HSOPSC. Dessa forma, a triangulação amplia o poder explicativo da pesquisa, permitindo interpretar de forma integrada os fatores estruturais, organizacionais e humanos que influenciam a cultura de segurança, bem como as recomendações propostas pelos participantes para o seu fortalecimento.

Esses achados estão em consonância com o estudo de Auto *et al.* (2025) que, ao avaliarem a cultura de segurança em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de hospital escola, identificaram nove das doze dimensões do HSOPSC como frágeis, especialmente “resposta não punitiva ao erro”, “frequência de relato de eventos” e “apoio da gestão hospitalar à segurança do paciente”. Assim como observado na presente pesquisa, os autores destacam a importância do suporte institucional e da educação permanente como pilares para o fortalecimento da cultura de segurança e para o engajamento das equipes multiprofissionais na prevenção de incidentes.

De forma semelhante, a dimensão “Feedback e comunicação sobre erros” (49,6%) e as categorias qualitativas relacionadas à comunicação deficiente e subnotificação revelam um padrão de comunicação fragmentada, caracterizado por falhas na passagem de informações, falta de retorno institucional e receio de punição.

Essas questões apontam para uma cultura ainda marcada por hierarquias rígidas e baixa transparência, dificultando o aprendizado organizacional. Moraes, Almeida e Carvalho (2023) reforçam que a comunicação efetiva é um componente essencial para a consolidação da cultura de segurança, pois promove a confiança, o compartilhamento de experiências e a prevenção de incidentes.

A convergência também é observada entre as áreas de força e aspectos positivos identificados nas duas etapas. No HSOPSC, a dimensão “Passagem de plantão/turno/transferências” (77,3%) foi considerada uma área de força, resultado que encontra eco nas falas dos participantes, que reconhecem a importância da comunicação estruturada entre turnos e da cooperação entre profissionais como elementos protetores frente à complexidade do cuidado intensivo. A categoria “Riscos e medidas preventivas na rotina assistencial” reforça esse achado, ao mencionar práticas consolidadas, como a dupla checagem de medicamentos, o uso de pulseiras de identificação e o monitoramento sistemático de riscos.

Outro ponto de complementaridade relevante diz respeito à percepção da equipe sobre a corresponsabilidade multiprofissional. Enquanto o HSOPSC evidenciou médias intermediárias nas dimensões “Trabalho em equipe na unidade” (62,1%) e “Trabalho em equipe entre as unidades” (43,7%), as entrevistas revelaram que a enfermagem assume protagonismo nas práticas de segurança, enquanto outras categorias ainda atuam de forma mais fragmentada. Essa percepção aponta para a necessidade de fortalecer a integração interdisciplinar e o engajamento coletivo, aspectos também destacados nas recomendações propostas pelos profissionais.

Por fim, a triangulação confirma a consciência crítica dos participantes quanto às fragilidades estruturais e relacionais do serviço, ao mesmo tempo em que evidencia propostas concretas de melhoria, como a ampliação dos treinamentos, a revisão do dimensionamento de pessoal, o fortalecimento do feedback institucional e o envolvimento de familiares no cuidado. Essas sugestões convergem com as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) e com a literatura nacional (Silva *et al.*, 2017; Reis, 2013), que destacam a importância da educação permanente, da comunicação efetiva e da corresponsabilidade institucional para o avanço da cultura de segurança do paciente.

De modo geral, a triangulação dos resultados revela que a cultura de segurança do paciente na Unidade Coronariana apresenta-se em estágio intermediário de consolidação, com coexistência de práticas seguras estabelecidas e fragilidades

estruturais persistentes. As áreas de força, como a passagem de plantão e o trabalho em equipe, demonstram a capacidade dos profissionais de manter práticas colaborativas mesmo em contextos de alta demanda. Em contrapartida, os aspectos críticos, liderança fragilizada, comunicação deficiente, sobrecarga e cultura punitiva, reforçam a necessidade de ações institucionais integradas que promovam suporte gerencial, aprendizado organizacional e engajamento multiprofissional.

A integração entre os achados quantitativos e qualitativos, portanto, não apenas confirma os resultados de ambas as abordagens, mas amplia seu significado, permitindo compreender o fenômeno da cultura de segurança como um processo multifatorial, condicionado por fatores humanos, organizacionais e simbólicos. Essa visão integrada oferece subsídios valiosos para a formulação de estratégias de intervenção e políticas institucionais voltadas ao fortalecimento da cultura de segurança, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade assistencial e para a proteção dos pacientes e dos trabalhadores da saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo analisar a cultura de segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO) de um hospital público universitário de Minas Gerais, a partir da percepção dos profissionais de saúde. A integração dos métodos quantitativo e qualitativo permitiu compreender de forma ampla e contextualizada os fatores que influenciam essa cultura, revelando avanços importantes, mas também desafios persistentes que demandam intervenções institucionais.

Os resultados obtidos por meio do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) demonstraram que a cultura de segurança na UCO encontra-se em estágio intermediário de consolidação, com áreas de força relacionadas à passagem de plantão e ao trabalho em equipe, mas fragilidades críticas nas dimensões de apoio gerencial, resposta não punitiva ao erro e dimensionamento de pessoal. Esses achados evidenciam que, embora haja práticas seguras consolidadas, a sustentabilidade da cultura de segurança depende da adoção de políticas organizacionais que favoreçam a comunicação aberta, o aprendizado coletivo e o suporte institucional contínuo.

A análise qualitativa, aprofundou o entendimento sobre as percepções, experiências e sentidos atribuídos pelos profissionais à segurança do paciente. Emergiram categorias que destacam a influência das condições laborais, da sobrecarga de trabalho, da comunicação deficiente e do medo de punição como barreiras ao fortalecimento da cultura de segurança. Em contrapartida, a valorização do trabalho em equipe, o reconhecimento dos riscos assistenciais e as recomendações de melhoria formuladas pelos próprios profissionais indicam um potencial de mudança sustentado pelo comprometimento coletivo.

A triangulação dos dados permitiu identificar convergências significativas entre os resultados do HSOPSC e os discursos dos participantes, confirmando que a cultura de segurança é um fenômeno multifatorial e interdependente, condicionado por fatores estruturais, organizacionais e humanos.

Assim como evidenciado por Sático *et al.* (2024), Auto *et al.* (2025) e Capelo *et al.* (2021), o fortalecimento dessa cultura exige o engajamento das lideranças, a educação permanente das equipes e o incentivo à comunicação transparente e não

punitiva. Tais ações contribuem não apenas para a redução de eventos adversos, mas também para a criação de um ambiente de trabalho mais seguro e colaborativo.

Em termos práticos, os achados desta pesquisa apontam para a necessidade de: revisão do dimensionamento e das condições de trabalho, investimento em programas de treinamento contínuo voltados à segurança, fortalecimento da liderança participativa e do feedback institucional, ampliação do envolvimento multiprofissional e familiar, e estímulo à notificação e análise de eventos sob perspectiva educativa. Essas medidas são essenciais para consolidar uma cultura de segurança madura, centrada no aprendizado e na corresponsabilidade.

Como limitações, reconhece-se que o estudo foi realizado em uma única unidade hospitalar e em um período específico, o que restringe a generalização dos resultados. Contudo, os dados obtidos fornecem subsídios relevantes para a gestão hospitalar e para futuras investigações sobre cultura de segurança em contextos de alta complexidade.

Os resultados obtidos e as recomendações formuladas pelos profissionais subsidiaram a elaboração do produto técnico, um Guia de Orientações para o Fortalecimento da Cultura de Segurança do Paciente, conforme exigido pelo Mestrado Profissional. Esse material traduz os achados da pesquisa em um plano de ação aplicável à gestão hospitalar, reforçando a contribuição prática deste estudo para o aprimoramento da cultura de segurança e a qualificação dos serviços de saúde.

Conclui-se, portanto, que a cultura de segurança do paciente na UCO estudada reflete uma realidade em transição, na qual coexistem práticas seguras consolidadas e desafios estruturais ainda não superados. A consolidação dessa cultura depende de um compromisso institucional contínuo, capaz de articular liderança, aprendizado, comunicação e condições laborais adequadas, assegurando não apenas a segurança do paciente, mas também o bem-estar e a valorização dos profissionais de saúde.

Como sugestões para estudos futuros, recomenda-se a realização de pesquisas longitudinais que avaliem o impacto da implementação do Guia de Orientações para o Fortalecimento da Cultura de Segurança do Paciente, produto técnico resultante deste estudo, sobre as dimensões críticas identificadas, especialmente o dimensionamento de pessoal, o apoio gerencial e a resposta não punitiva ao erro.

Sugere-se, ainda, a condução de estudos comparativos entre diferentes Unidades de Terapia Intensiva (Cardiológica, Geral e Cirúrgica) em hospitais

universitários, a fim de verificar se as fragilidades observadas são específicas do setor ou refletem questões institucionais mais amplas.

Por fim, recomenda-se a realização de investigações voltadas à análise do estilo de liderança e sua correlação com a frequência de feedback e a resposta não punitiva ao erro, de modo a aprofundar a compreensão sobre o baixo índice de apoio gerencial (12,9%) identificado neste estudo.

REFERÊNCIAS

- ABBADE, Eduardo Botti. O impacto da gestão EBSEH na produção dos hospitais universitários do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro v. 27, n. 3, março 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.44562020>. Acesso em: 12 maio 2024.
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Thomson, 1999. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcgclclefindmkaj/https://presencial.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/686523/mod_resource/content/2/0_metodo_nas_ciencias_naturais_e_sociais_-_pesquisa_quantitativa_e_qualitativa%20-%20Alves-Mazzotti.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2024.
- ANDRADE, Luiz Eduardo Lima de *et al.* Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 26, n. 3, p. 455–468, 2017. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000300455&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 6 dez. 2023.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde*. Brasília: ANVISA, 2016. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 6) Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude.pdf/view>>. Acesso em: 29 out. 2025.
- AUTO, Bruna de Sá Duarte *et al.* Cultura de segurança em UTI neonatal de um hospital escola sob o olhar multiprofissional. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 34, e20240129, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0129pt>. Acesso em: 8 nov. 2025.
- BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, julho 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 30 maio 2024.
- BATALHA, Edenise Marla Santos da Silva; MELLEIRO, Marta Maria. Cultura e segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. *HU Revista*, v. 42, n. 2, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2518>. Acesso em: 8 nov. 2025
- BRÁS, Cláudia Patrícia da Costa *et al.* Cultura de segurança do doente na prática clínica dos enfermeiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 31, e3838, dez. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3838>. Acesso em: 12 jan. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 13 jun.

2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 3 nov. 2025.

CAPELO, Cleber Lopes *et al.* Cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem no ambiente da terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 55, e03754, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2020016403754>. Acesso em: 3 nov. 2025.

CARVALHO, Michele Cristina de; ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi; MARZIALE, Maria Helena Palucci; GABRIEL, Carmen Silvia; BERNARDES, Andrea. Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 746–753, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6mhNsBL7FMbWR4tTVsxvWrz/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 8 nov. 2025.

CARVALHO, Tatiana Nunes. *Cultura organizacional para segurança do paciente em farmácias da atenção primária em Belo Horizonte*. 2022. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/items/0ec5012e-6fbb-4383-8dd4-7ad761eeb181>. Acesso em: 8 nov. 2025.

CASTELLANOS, P. L. Sobre o conceito de saúde-doença: descrição e explicação da situação de saúde. *Boletim Epidemiológico da Organização Pan-Americana de Saúde*, v. 10, n. 4, p. 25-32, 1990.

CEBALLOS, Albanita Gomes da Costa de. *Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde*. Recife: [s. n.], 2015. Disponível em: <https://ria.ufrn.br/handle/123456789/2568>. Acesso em: 2 fev. 2024.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Acesso em: 3 nov. 2025.

COSTA, Daniele Bernardi da *et al.* Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 27, n. 3, art. e2670016, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>. Acesso em: 3 nov. 2025.

CRUZ, Marly Marques da. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira (org.). *Qualificação de Gestores do SUS*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. p. 21-35. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/medial/saude_doenca.pdf. Acesso em: 20 jan. 2024.

CZEMPIK, Thamiris Cavazzani Vegro. *Adaptação cultural e validação do Organizational Culture Assessment Instrument para uma amostra de profissionais de enfermagem brasileiros*. 2018. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018. Disponível em: <

<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06122018-134419/pt-br.php>>.

Acesso em: 8 nov. 2025.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; BOECK, Jocemara Neves. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 2015. Doi:

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00054>. Acesso em: 13 jun. 2025.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). HC em números. *In*: GOV.BER [site], 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/aceso-a-informacao/institucional/hc-em-numeros>. Acesso em: 12 maio 2024.

FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG. Hospital das Clínicas inaugura Unidade Coronariana. *In*: FACULDADE de Medicina [site], 17 dez. 2009. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/hospital-das-clinicas-inaugura-unidade-coronariana/>. Acesso em: 9 jun. 2024.

FAVARIN, Simon Spiazzi; CAMPONOGARA, Silviamar. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 320–329, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/bde-24670>. Acesso em: 1. mar. 2024.

FERLA, Josiane Bernart da Silva *et al.* Evidências do cuidado centrado no paciente no contexto da prática profissional de saúde brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 76, n. 5, p. 1-8, 2023 Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/rk5yc6kDNtfcFDvZq4p6QWM/?lang=en>. Acesso em: 26 abr. 2024.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Brasília: Liber Livro, 2018. Disponível em:

https://www.academia.edu/43456414/Franco_Maria_Laura_P_P_An%C3%A1lise_de_conte%C3%BAdo. Acesso em: 26 abr. 2024.

GALHARDI, Nathalia Malaman; ROSEIRA, Camila Eugenia; ORLANDI, Fabiana de Souza; FIGUEIREDO, Rosely Moralez de. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 409-416, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800057>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ape/a/LWNR9jsfGWMX6LVcrDmJ9mq/abstract/?lang=pt>.

Acesso em: 8 nov. 2025.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <https://pdfdocumento.com/gil-a-c-metodos-e-tecnicas-de-pesquisa-social-blog-do-professor-59f7b94d1723dddde0f3dc077.html>. Acesso em:

27 abr. 2024.

GUEST, Greg; BUNCE, Arwen; JOHNSON, Laura. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, v. 18, n.

1, p. 59–82, 2006. Doi: <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>. Acesso em: 21 nov. 2025.

HANG, Adriana Tavares; FARIA, Beatriz Gomes; RIBEIRO, Ana Clara Rodrigues; VALADARES, Glaucia Valente. Desafios à segurança do paciente na terapia intensiva: uma teoria fundamentada. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 36, 2023. Doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO03221>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/kknpVDX9YTnn5JJ4K4zgSFf/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 8 nov. 2025.

LUZIA, Richardson Warley Siqueira. *Absenteísmo por motivo de doença: estudo de caso de Unidades de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica de um hospital público*. 2020. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/items/c71f3f95-97eb-490e-ab56-c6c3e23e8a54>. Acesso em: 1 maio 2024.

MADALOZZO, Magda Macedo *et al.* Cultura de segurança do paciente em um hospital acreditado de alta complexidade. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 6, e55510616113, 2021. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16113>. Acesso em: 8 nov. 2025.

MANGANELLI, Rigielli Ribeiro *et al.* Intervenções de enfermeiros na prevenção de lesão por pressão em uma unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 9, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/biblio-1024663>. Acesso em 8 nov. 2025.

MASSAROLI, Aline *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital do sul do Brasil. *Ciencia y Enfermería*, v. 27, n. 10, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29393/ce27-10acam60010>. Acesso em 8 nov. 2025.

MAZIERO, Eliane Cristina Sanches *et al.* Associação entre condições de trabalho da enfermagem e ocorrência de eventos adversos em Unidades Intensivas neopediátricas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 54, e03623, 2020. Disponível em: Doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019017203623>. Acesso em 8 nov. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7–18, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2023.

MINUZZI, Ana Paula; SALUM, Nádia Chioldelli; LOCKS, Melissa Orlandi Honório. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 25, n. 2, e1610015, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Mnp97dqdZnwT7MffCPqNbN/?lang=pt>. Acesso em: 3 nov. 2025.

MORAES, Márcio Venício Alcântara; ALMEIDA, Ítalo Lennon Sales de; CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de. Avaliação da cultura de segurança do paciente antes e depois da implementação da reunião de segurança. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 57, e20230270, 2023. Doi:

<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0270en>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38358114>. Acesso em: 8 nov. 2025.

OLIVEIRA JÚNIOR, José Célio Nascimento de; ANDRADE, Jailza do Nascimento Tomaz. Identificação da Cultura Organizacional: um estudo em uma empresa de campestre. – Maranhão. *Revista de Psicologia*, Pernambuco, v. 16, n. 60, p. 421-437, 2022. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3439>. Acesso em: 2 dez. 2022.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de *et al.* Interface entre acreditação e segurança do paciente: perspectivas da equipe de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 54, 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018053703604>. Acesso em: 28 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) = WOLRD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care*. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252269>. Acesso em: 3 nov. 2025.

OSÓRIO, José Carlos Carvalho. *Cuidados à pessoa em fim de vida e família no serviço de medicina intensiva*. 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica) – Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal, 2023.

PINNO, Camila *et al.* Carga de trabalho numa unidade de internamento hospitalar de acordo com o Nursing Activity Score. *Revista de Enfermagem Referência*, Coimbra, v. 5, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388265454004>. Acesso em: 15 jun. 2025.

QUEIROZ, Janaina Maciel de *et al.* Cultura de segurança do paciente em maternidades: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, Rio de Janeiro, v. 96, n. 39, p.1-15. 2022. Doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.39-art.1416>. Acesso em: 12 jan. 2024.

RAFAEL, Ricardo de Mattos Russo; *et al.* Psychological distress in the COVID-19 pandemic: prevalence and associated factors at a nursing college. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.74, sup. 1, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0023>. Acesso em: 3 nov. 2025.

REIS, Cláudia Tartaglia. *A cultura de segurança do paciente: análise e aplicação do Hospital Survey on Patient Safety Culture no Brasil*. 2013. Tese (Doutorado em Engenharia Biomédica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufrj.br/handle/11422/3778>. Acesso em: 3 nov. 2025.

REIS Cláudia Tartaglia *et al.* *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) versão 2.0: versão Proqualis*. Rio de Janeiro: Programa de Qualidade e Segurança do Paciente (PROQUALIS): Fundação Oswaldo Cruz, 2019. Disponível em: [https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/Artigo%20Proqualis%20HSO-PSC%202.0%20version%20\(1\)\(1\).pdf](https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/Artigo%20Proqualis%20HSO-PSC%202.0%20version%20(1)(1).pdf).

RIBEIRO, Joathan Borges *et al.* Carga de trabalho de enfermagem e requisição das atividades no cuidado de pessoas idosas em terapia intensiva. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 26, 2023, e230134. Doi:

<https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230134.pt>. Acesso em: 15 jun. 2025.

RODRIGUES, Juliana Loureiro da Silva de Queiroz *et al.* Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n.11, p. 4263–4273. 2019. Doi: doi.org/10.1590/1413-812320182411.04182018. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/artigo/agenda-para-pesquisa-sobre-o-cuidado-centrado-no-paciente-no-brasil>. Acesso em: 12 jun. 2024.

SANCHIS, Desirré Zago *et al.* Cultura de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem em instituições de alta complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 73, n. 5, e20190174, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>. Acesso em: 3 nov. 2025.

SANTIAGO, Thaiana Helena Roma; TURRINI, Ruth Natalia Teresa. Organizational culture and climate for patient safety in Intensive Care Units. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. esp., p. 121-127, 2015. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/3MN5NgGrpLMHKxWpJJghHDN/?lang=en>. Acesso em: 3 nov. 2025.

SANTOS, Vanessa Marcela Lima dos *et al.* Sintomas de disfunções psicológicas após adoecimento crítico. *Nursing*, São Paulo, v. 26, n. 305, p.10.000–10.004, nov. 2023. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/download/3145/3829>. Acesso em: 1 maio 2024.

SÁTIRO, Luana Silva Pereira *et al.* Percepção dos profissionais atuantes em um hospital universitário sobre a cultura de segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*, v. 29, e92456, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.92456>. Acesso em: 8 nov. 2025.

SILVA, Andréia Paulina Ferreira. *Efeitos da acreditação Joint Commission Internacional no Gerenciamento Hospitalar: a visão dos gestores de um hospital privado*. 2021. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.enf.ufmg.br/images/Andreia_Paulina_Ferreira_Silva_-_EFEITOS_DA_ACREDITA%C3%87%C3%83O_JOINT_COMISSION_INTERNACIONAL.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2024.

SILVA, Bruno Costa *et al.* A importância da equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Faculdade de Ciências do Tocantins*, Tocantins, v. 1, n. 31, p. 27–37, 2016. Disponível em: <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT>. Acesso em: 30 maio 2024.

SILVA, Patrícia Lourdes. *O modelo cuidado centrado no paciente: o caso de um hospital geral de grande porte de Belo Horizonte/MG*. 2020. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/items/7e0effbc-9274-4de4-b1ac-07e14afa02a6>. Acesso em: 3 mar. 2024.

SIMAN, Andréia Guerra *et al.* Practice challenges in patient safety. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 6, p. 1504-1511, 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0441>. Acesso em: 12 jun. 2024.

SOUZA, Catharine Silva de *et al.* Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 40, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/HQZgjsypHfqPkkNVXb4DrsJ/?format=html&lang=pt>
Acesso em: 8 nov. 2025.

SOUZA, Fernanda Coura Pena de *et al.* A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 26, n. 3, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001180016>. Acesso em: 8 nov. 2025.

SOUZA, José Raul de; SANTOS, Simone Cabral Marinho dos. *Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. Pesquisa & Debate em Educação*, v. 10, n. 2, p. 1396–1416, 2020. <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559> Acesso em: 8 nov. 2025.

TEIXEIRA, Maria Glória *et al.* Vigilância em Saúde no SUS – construção, efeitos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, p. 1811-1818, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09032018>. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/vigilancia-em-saude-no-sus-construcao-efeitos-e-perspectivas/16733?id=16733>. Acesso em: 20 maio 2024.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987. Disponível em: chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgicfindmkaj/https://www.hugoribeiro.com.br/bibliotecadigital/Trivinos-Introducao-Pesquisa-em_Ciencias-Sociais.pdf. Acesso em: 1 maio 2024.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. Disponível em: chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgicfindmkaj/http://maratavarespsictics.pbworks.com/w/file/74304716/3-YIN-planejamento_metodologia.pdf. Acesso em: 27 abr. 2024.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Questionário HSOSPS

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada: “**Cultura de Segurança do Paciente em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulta de um Hospital Público Universitário em Minas Gerais**”, em desenvolvimento no Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O objetivo geral desta pesquisa é analisar a cultura de segurança do paciente de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulta de um hospital público universitário de grande porte localizado em Minas Gerais. Essa pesquisa será realizada pela pesquisadora mestranda Maria Clara Rodrigues de Paula, orientada pela Profa. Dra. Adriane Vieira.

Se concordar em participar deste estudo, o sr. (a) responderá o Questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), que engloba 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, mais dois itens, número de notificações de incidentes de segurança e nota geral da segurança do paciente. O/A Sr.(a) gastará, em média, 10 a 15 minutos para responder ao questionário. Todos os dados coletados na pesquisa são confidenciais e serão utilizados somente para fins acadêmicos e científicos. Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos na Escola de Enfermagem da UFMG e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resoluções nº 466/12, nº 441/11 e Portaria nº 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares). Para participar desta pesquisa o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, não receberá qualquer vantagem financeira e receberá esclarecimentos sobre o estudo em qualquer aspecto, a qualquer tempo que desejar, estando livre para participar ou recusar em qualquer momento, valendo a desistência a partir da data de sua formalização. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer prejuízo ou penalização ao/à Sr.(a) ou à instituição e, em caso de algum dano, o(a) Sr.(a) será indenizado. O benefício desta pesquisa é a disponibilização de informações sobre a visão dos trabalhadores sobre o clima de segurança das farmácias de unidades de saúde, além de fomentar a discussão sobre este tema e a melhoria do processo de trabalho, qualidade e segurança do serviço. Os riscos identificados no desenvolvimento da pesquisa se referem ao tempo despendido para resposta aos questionários e à possibilidade de lidar com questões que considerem embaraçosas ou particulares.

Rubrica do (a) participante	Rubrica da pesquisadora Responsável	Rubrica da pesquisadora Discente
-----------------------------	--	-------------------------------------

De acordo com a Resolução nº 510, de 2016, do CNS, essa pesquisa fica graduada em risco mínimo, sendo os potenciais riscos apresentados pelo pesquisador: desconforto com a presença do pesquisador no cenário; medo ante o uso das informações coletadas; constrangimento em responder às perguntas; cansaço ante o tempo despendido para responder às perguntas e risco de reações psicológicas. Fica preservado o direito do participante da pesquisa de manter o controle sobre suas escolhas e informações pessoais e de resguardar sua intimidade, sua imagem e seus dados pessoais, sendo uma garantia de que essas escolhas de vida não sofrerão invasões devidas, pelo controle público, estatal ou não estatal, e pela reprovação social, a partir das características ou dos resultados da pesquisa. Portanto, será garantida a confidencialidade dos dados, inclusive, o anonimato dos participantes. Fica preservado o direito do participante em desistir da pesquisa em qualquer tempo.

Se concordar em participar, peço que assine este documento em duas vias, sendo que uma ficará com o(a) Sr.(a) e a outra será arquivada juntamente com os demais dados da pesquisa.

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “**Cultura de Segurança do Paciente em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulta de um Hospital Público Universitário em Minas Gerais**” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Assim, declaro que concordo em participar como voluntário (a) desta pesquisa.

Local: _____ Data: ___/___/_____

Nome completo do participante

Assinatura do participante

Em caso de dúvidas gerais e sobre a pesquisa você poderá consultar:

Pesquisadora responsável: Adriane Vieira – Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde/UFMG, Av. Alfredo Balena, 190/334A, Fone (31) 3409-8090, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG, CEP 30130-100. E-mail: vadri.bh@gmail.com

Assinatura do pesquisador responsável

Pesquisadora discente: Maria Clara Rodrigues de Paula – Discente do Mestrado Profissional em Gestão de Serviço de Saúde/EE/UFMG Alfredo Balena, 190/334A, Fone (31) 3409-8090, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG, CEP 30130-100. E-mail: mariaclarardepaula@gmail.com

Assinatura da pesquisadora discente

Em caso de quaisquer perguntas, preocupações ou reclamações com relação aos seus direitos como participante do estudo, você também poderá entrar em contato com o **COEP-UFMG – Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG** – Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, CEP: 31.270-901, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Entrevista

Presencial

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada “**Cultura de Segurança do Paciente em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulta de um Hospital Público Universitário em Minas Gerais**”, em desenvolvimento no Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem (EE) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O objetivo geral desta pesquisa é analisar a cultura de segurança do paciente de uma Unidade de Terapia Intensiva e Adulta de um hospital público universitário, de grande porte localizado em Minas Gerais.

Se concordar em participar deste estudo você participará de uma entrevista semiestruturada, fora do seu setor de trabalho, em uma sala reservada da instituição e deve ter tempo de duração de até 30 minutos. O conteúdo desta entrevista será gravado por meio de áudio para fins posteriores de transcrição e análise do conteúdo. A identidade dos participantes será preservada utilizando-se códigos para garantir o seu anonimato.

Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados em um dispositivo eletrônico local com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos. Seu nome, ou qualquer material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(a) Sr.(a) não será identificado em nenhuma publicação resultante deste estudo.

Para participar desta pesquisa o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O(a) Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou se recusar a participar a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. A sua participação é voluntária, e a recusa ou desistência em participar não acarretará qualquer prejuízo ou penalização ao(à) Sr.(a) ou à instituição.

Para minimizar os constrangimentos e reações psicológicas que possam vir a ter, o(a) Sr.(a) terá a liberdade de retirar o consentimento de participação a qualquer momento da entrevista. Em caso de danos provenientes da pesquisa, o(a) Sr.(a) poderá buscar indenização nos termos da Res. nº 466/12. No caso de dúvidas em relação à pesquisa, a qualquer momento, o(a) Sr.(a) poderá ser esclarecido(a) diretamente com o pesquisador responsável. No que se refere às dúvidas de caráter ético, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (conforme informações disponíveis ao final deste Termo).

Os benefícios que esta pesquisa poderá trazer são novos conhecimentos para os participantes, bem como a oportunidade de melhoria no desenvolvimento profissional, devido a possibilidade de reflexão e compartilhamento de sua prática profissional. Os participantes da pesquisa terão o benefício de melhorias em suas práticas de trabalho, já que irão refletir, favorecendo sua conscientização para a realização destas, de forma a fornecer cuidados de saúde com maior qualidade.

De acordo com o art 7º, da Resolução nº 674, de 2022, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), essa pesquisa está classificada como sendo do tipo A, pois visa descrever ou compreender fenômenos que aconteceram no cotidiano, não havendo intervenção no corpo humano; categoria 3, conforme inciso III, quando realizada entrevista.

Rubrica do(a) participante	Rubrica da pesquisadora responsável	Rubrica da pesquisadora Discente
----------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

De acordo com a Resolução nº 510, de 2016, do CNS, essa pesquisa fica graduada em risco mínimo, sendo os potenciais riscos apresentados pelo pesquisador: desconforto com

a presença do pesquisador no cenário; medo ante o uso das informações coletadas; constrangimento em responder às perguntas; cansaço ante o tempo despendido para responder às perguntas e risco de reações psicológicas. Fica preservado o direito do participante da pesquisa de manter o controle sobre suas escolhas e informações pessoais e de resguardar sua intimidade, sua imagem e seus dados pessoais, sendo uma garantia de que essas escolhas de vida não sofrerão invasões devidas, pelo controle público, estatal ou não estatal, e pela reprovação social, a partir das características ou dos resultados da pesquisa. Portanto, será garantida a confidencialidade dos dados, inclusive, o anonimato dos participantes. Fica preservado o direito do participante em desistir da pesquisa em qualquer tempo.

Se concordar em participar, peço que assine este documento em duas vias sendo que uma ficará com o(a) Sr.(a) e a outra será arquivada juntamente com os demais dados da pesquisa.

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa "**Cultura de Segurança do Paciente em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulta de um Hospital Público Universitário em Minas Gerais**" de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Assim, declaro que concordo em participar como voluntário (a) desta pesquisa.

Local: _____ Data: ____ / ____ / _____

Nome completo do participante

Assinatura do participante

Em caso de dúvidas gerais e sobre a pesquisa você poderá consultar:

Pesquisadora responsável: Adriane Vieira – Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde/UFMG, Av. Alfredo Balena, 190/334A, Fone (31) 3409-8090, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG, CEP 30130-100. E-mail: vadri.bh@gmail.com

Assinatura do pesquisador responsável

Pesquisadora discente: Maria Clara Rodrigues de Paula – Discente do Mestrado Profissional em Gestão de Serviço de Saúde/EE/UFMG Alfredo Balena, 190/334A, Fone (31) 3409-8090, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG, CEP 30130-100. E-mail: mariaclarardepaula@gmail.com

Assinatura da pesquisadora discente

Em caso de quaisquer perguntas, preocupações ou reclamações com relação aos seus direitos como participante do estudo, você também poderá entrar em contato com o **COEP-UFMG – Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG** – Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, CEP: 31.270-901, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE C – Roteiro para entrevista semiestruturada

IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

1. **Código da Entrevista:**
2. **Tempo de entrevista:** _____ minutos
3. **Idade:** _____ anos
4. **Profissão:** () Médico(a) () Enfermeiro(a) () Técnico(a) de Enfermagem
() Fisioterapeuta () Administrativo – secretárias
() Outro: _____
5. **Sexo:** () Feminino () Masculino () Prefere não responder
6. **Tempo de atuação neste hospital:** _____ anos
7. **Tempo de atuação em UTI:** _____ anos
8. **Tempo de atuação na UTI coronariana atual:** _____ anos
9. **Turno de trabalho predominante:** () Diurno () Noturno () Plantões alternados
10. **Já participou de treinamentos sobre segurança do paciente?** () Sim () Não
11. **Possui cargo de gestão?** () Sim () Não. Se sim, qual?

PERGUNTAS

1. Na sua percepção, quais são os principais riscos à segurança do paciente na UCO?
2. Quais protocolos ou medidas de segurança são mais utilizados na sua rotina assistencial? Como é feita a identificação e a notificação de eventos adversos ou incidentes de segurança na UCO?
3. Você considera que há uma cultura de segurança bem consolidada na equipe multiprofissional da UCO? Por quê? Na sua opinião, quais fatores mais contribuem para a ocorrência de eventos adversos na UCO?
4. Como é promovida a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional para garantir a segurança dos pacientes? Você sente que recebe treinamentos ou capacitações regulares sobre segurança do paciente? Quais foram os mais relevantes?

5. De que forma os familiares são envolvidos nas práticas de segurança do paciente?
6. Na sua experiência, qual foi um caso marcante (sem identificação) relacionado à segurança do paciente que você vivenciou? O que aprendeu com ele?
7. Que melhorias você acredita que poderiam ser implementadas para fortalecer a cultura de segurança do paciente?

APÊNDICE D – Produto Técnico

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Maria Clara Rodrigues de Paula

**GUIA TÉCNICO: PRODUTO RESULTANTE DO TRABALHO “CULTURA DE
SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
CORONARIANA DE UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO EM MINAS
GERAIS”**

Belo Horizonte
2025

Maria Clara Rodrigues de Paula

GUIA TÉCNICO: RESULTANTE DO TRABALHO “CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA DE UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO EM MINAS GERAIS”

Produto técnico apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Tecnologias Gerenciais na Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Adriane Vieira

INTRODUÇÃO

Como parte integrante do Trabalho de Conclusão do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, foi desenvolvido um Produto Técnico com o propósito de responder às fragilidades identificadas na dissertação, por meio de uma proposta prática e aplicável à realidade institucional. Essa produção busca traduzir os resultados da pesquisa em ações concretas, capazes de subsidiar gestores e profissionais da saúde na implementação de melhorias relacionadas à cultura de segurança do paciente na Unidade Coronariana.

A partir dos resultados da dissertação, foi elaborado um guia técnico, fundamentado na necessidade de transformar o conhecimento científico produzido pela pesquisa em instrumentos aplicáveis à realidade institucional, estimulando a reflexão crítica e o engajamento coletivo em torno da segurança do paciente. Espera-se que as orientações aqui apresentadas contribuam para o desenvolvimento de uma cultura organizacional mais madura, colaborativa e voltada para a aprendizagem contínua.

Guia de Orientações para o Fortalecimento da Cultura de Segurança do Paciente na Unidade Coronariana

Este guia foi elaborado a partir dos resultados da dissertação intitulada “Cultura de segurança do paciente em uma Unidade Coronariana de um hospital público universitário em Minas Gerais”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde. O material tem como finalidade subsidiar gestores, lideranças e profissionais de saúde na implementação de ações voltadas ao fortalecimento da cultura de segurança do paciente na Unidade Coronariana (UCO).

JUSTIFICATIVA

Os resultados obtidos por meio da aplicação do questionário HSOPSC e das entrevistas com os profissionais da UCO revelaram pontos fortes, como a comunicação entre turnos e a cooperação das equipes, mas também fragilidades relacionadas ao dimensionamento de pessoal, à comunicação interprofissional, ao medo de punição e à baixa participação gerencial. Assim, a elaboração deste guia busca transformar essas evidências em estratégias concretas de aprimoramento institucional, em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa, 2016), que

ênfatizam a importância da cultura de segurança como eixo estruturante da qualidade assistencial.

OBJETIVO

Sugerir diretrizes e ações estratégicas que contribuam para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente na Unidade Coronariana, promovendo um ambiente de trabalho colaborativo, não punitivo e orientado para a aprendizagem.

METODOLOGIA

A construção deste guia baseou-se na integração dos resultados quantitativos e qualitativos da pesquisa, complementada por revisão de literatura e recomendações de organizações como a AHRQ e a OMS. As ações propostas foram organizadas em cinco eixos estratégicos, fundamentadas nas orientações da AHRQ, e da OMS além das diretrizes nacionais do Programa Nacional de Segurança do Paciente (Brasil, 2013).

RESULTADOS DIAGNÓSTICOS

O diagnóstico evidenciou que a cultura de segurança da UCO encontra-se em estágio intermediário de maturidade, com dimensões positivas como a passagem de plantão/transferências (77,3%) e o trabalho em equipe dentro da unidade (62,1%), mas também com áreas críticas, como o apoio da gerência à segurança (12,9%) e o dimensionamento de profissionais (14,4%). As entrevistas reforçaram a percepção de sobrecarga laboral, comunicação deficiente e medo de punição como barreiras principais.

PLANO DE AÇÃO

Com base nos achados da pesquisa e nas recomendações formuladas pelos profissionais, foram definidos cinco eixos estratégicos de ação, alinhados às dimensões mais críticas do HSOPSC. Cada eixo apresenta objetivos específicos, público-alvo, ações propostas, responsáveis e indicadores de acompanhamento, visando à melhoria contínua da cultura de segurança na Unidade Coronariana (UCO).

Eixo 1 – Educação Permanente e Desenvolvimento Multiprofissional

Objetivo: Fortalecer a capacitação contínua das equipes, com foco na segurança do paciente e no trabalho em equipe.

Público-alvo: Todas as categorias profissionais da UCO, com ênfase em médicos e fisioterapeutas.

Ação proposta (aperfeiçoamento): Implementar programa trimestral de capacitações práticas, (simulações, blitz educativas, discussões de caso), com participação obrigatória e certificada, abordando temas como comunicação segura, gestão de riscos e práticas seguras de cuidado.

Responsáveis: Coordenação da UCO (enfermagem e médica), Núcleo de Segurança do Paciente e Gerência de Pessoas (RH).

Indicador de avaliação: Taxa de participação por categoria profissional e avaliação de conhecimento pré e pós-treinamento.

Eixo 2 – Comunicação e Feedback Institucional

Objetivo: Ampliar a transparência e a retroalimentação sobre notificações e melhorias implementadas.

Público-alvo: Profissionais da Unidade Coronariana com atuação direta na assistência (enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos), bem como as lideranças responsáveis pelo fluxo de notificação e devolutiva, Coordenação de Enfermagem, Coordenação Médica e Núcleo de Segurança do Paciente.

Ação proposta (aperfeiçoamento): Realizar reuniões bimestrais de devolutiva com as equipes, apresentando dados consolidados de eventos e medidas corretivas.

Responsáveis: Coordenação da qualidade e da unidade

Indicador de avaliação: Taxa de notificação de incidentes (geral e por categoria profissional); Reavaliação, após seis meses, da dimensão HSOPSC “Frequência de Relato de Eventos” (43,2% crítica).

Eixo 3 – Gestão Participativa e Liderança Colaborativa

Objetivo: Fortalecer o protagonismo das lideranças e promover a corresponsabilidade multiprofissional.

Público-alvo: Lideranças da Unidade Coronariana, incluindo Coordenação de Enfermagem, Coordenação Médica, Responsável Técnico de Enfermagem (RTE),

representantes da Fisioterapia e membros do Núcleo de Segurança do Paciente, além de profissionais de referência que atuam como multiplicadores nas equipes assistenciais.

Ação proposta (aperfeiçoamento): Implementar rondas de segurança interprofissionais e rotativas, com a participação do RTE de Enfermagem, Coordenação de Enfermagem, Coordenação Médica e Fisioterapia.

Indicador de avaliação: Frequência das rondas realizadas e número de ações corretivas executadas a partir das observações.

Eixo 4 – Condições Laborais e Dimensionamento Adequado

Objetivo: Promover equilíbrio entre carga de trabalho, dimensionamento e segurança assistencial.

Público-alvo: Gerência de Enfermagem, Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem, Gerência de Pessoas (RH), Núcleo de Segurança do Paciente e todos os profissionais assistenciais da Unidade Coronariana (enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos).

Ações propostas: Monitorar mensalmente a relação profissional/leito e a taxa de absenteísmo. Avaliar periodicamente as percepções sobre dimensionamento e carga de trabalho.

Indicadores: Taxa de absenteísmo e relação profissional/leito. Reavaliação, após seis meses, da dimensão HSOPSC “Dimensionamento de Profissionais” (14,4% crítica).

Eixo 5 – Envolvimento do Paciente e da Família

Objetivo: Estimular a participação ativa do paciente e de seus familiares nas práticas de segurança.

Público-alvo: Pacientes e familiares/acompanhantes atendidos na Unidade Coronariana, equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas) e equipe de apoio (administração, recepção e equipe de Educação Permanente).

Ações propostas: Desenvolver materiais educativos em linguagem simples e acessível (cartazes, folhetos e infográficos digitais). Incluir a orientação aos acompanhantes como rotina nos processos de admissão e alta.

Indicador: Percentual de familiares que relatam ter recebido informações sobre segurança.

Tabela 1 – Plano de Ação para o Fortalecimento da Cultura de Segurança do Paciente

Eixo Estratégico	Ação Proposta (Aperfeiçoamento)	Responsáveis	Indicadores de Avaliação	Público-Alvo
Eixo 1 – Educação Permanente e Cultura de Aprendizagem	Implementar programa trimestral de capacitações práticas (simulações realísticas, blitz educativas, estudos de caso) com participação obrigatória e certificada. Conteúdos: metas de segurança, comunicação efetiva, passagem de plantão segura, prevenção de EA, cultura não punitiva.	Coordenação da UCO (Enfermagem e Médica), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), RH/ Educação Permanente.	% de profissionais capacitados por categoria; nota de satisfação; % de habilidades validadas em simulação; reavaliação semestral HSOPSC "Aprendizagem Organizacional".	Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, equipe administrativa e residentes.
Eixo 2 – Comunicação e Feedback Institucional	Padronizar devolutiva mensal das notificações (boletim de segurança) e reuniões rápidas (15 min/semana) para lições aprendidas. Implantar SLA de feedback em 30 dias e quadro de indicadores visível na UCO.	NSP, Coordenação da UCO, Qualidade/Gestão de Risco.	Taxa de notificação (geral e por profissional); % de notificações com retorno ≤30 dias; presença média nas reuniões; reavaliação semestral HSOPSC "Feedback e Comunicação sobre Erros" e "Frequência de Relato de Eventos".	Toda a equipe da UCO; gestores de risco/qualidade; residentes.
Eixo 3 – Gestão Participativa e Liderança Clínica	Realizar rondas de segurança interprofissionais e rotativas (Coord. Médica, Coord. Enfermagem, RTE, Fisioterapia), com registro de achados, plano de ação e debriefing sem culpa. Inserir metas de segurança nos contratos de gestão da liderança.	Direção Clínica, Coordenação Médica e de Enfermagem, RTE, Fisioterapia.	Nº de rondas/mês; % de ações das rondas concluídas; % de líderes presentes; reavaliação semestral HSOPSC "Apoio da Gerência à Segurança" e "Resposta Não Punitiva ao Erro".	Lideranças (médica, enfermagem, fisioterapia), preceptores e chefias de plantão.
Eixo 4 – Condições Laborais e Dimensionamento	Monitorar e ajustar relação profissional/leito; plano de contingência para picos; gestão de absenteísmo e hora extra; revisão de fluxos para reduzir retrabalho; priorizar alocação de insumos críticos.	Direção de Enfermagem, Coord. UCO, RH, Suprimentos, Direção Administrativa.	Relação profissional/leito por turno; taxa de absenteísmo; horas extras/mês; tempo de reposição de insumos; reavaliação semestral HSOPSC "Dimensionamento de Profissionais".	Enfermagem, fisioterapia, corpo médico, administrativo/suprimentos e RH.
Eixo 5 – Envolvimento de Pacientes e Familiares	Produzir materiais educativos (cartazes, folhetos, QR code) em linguagem simples; checklist de admissão/alta com dupla checagem; orientar acompanhantes sobre identificação, higiene de mãos e sinais de alerta; canal para dúvidas/sugestões.	Coordenação da UCO, Educação Permanente, Comunicação Social, Ouvidoria/Segurança do Paciente.	Nº de materiais distribuídos/atualizados; % de orientações registradas; participação familiar nas orientações; eventuais quedas/erros de identificação; reavaliação semestral HSOPSC	Pacientes, familiares/acompanhantes, equipe assistencial da UCO.

Fonte: Elaborada pela autora deste trabalho.

FORMATO DE DISTRIBUIÇÃO E ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO

O Guia de Orientações será disponibilizado em formato digital e impresso, com design acessível, linguagem objetiva e elementos visuais (checklists, infográficos e quadros-resumo). A distribuição será coordenada pela UCO e pelo Núcleo de Segurança do Paciente, contemplando também afixação de cartazes nos postos de trabalho e divulgação nas capacitações.

A implementação será acompanhada trimestralmente, com avaliação dos indicadores e reuniões de revisão conjunta com as lideranças da unidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este guia representa um instrumento de apoio à gestão e à prática assistencial, traduzindo os achados da pesquisa em ações concretas e exequíveis. O fortalecimento da cultura de segurança requer ações contínuas e alinhadas às políticas nacionais de segurança do paciente e de humanização do cuidado (Brasil, 2013; Anvisa, 2016).

O maior mérito deste guia é sua aplicabilidade e alinhamento direto aos gaps diagnósticos identificados na pesquisa:

1. Foco nas Áreas Críticas: o plano de ação aborda diretamente os problemas estruturais (Eixo 4: Dimensionamento) e gerenciais (Eixo 3: Gestão Participativa e Apoio da Liderança), que apresentaram os menores percentuais no HSOPSC;
2. Triangulação Convertida em Ação: as ações propostas, como a devolutiva das notificações (Eixo 2), respondem às lacunas qualitativas relacionadas à ausência de retorno institucional e à subnotificação;
3. Ênfase na Prática: o Eixo 1 propõe um programa trimestral de capacitações práticas, com metodologias ativas, como simulações e blitz educativas, conforme a preferência dos profissionais entrevistados;
4. Escopo Multidimensional: o guia reconhece o caráter multifatorial da cultura de segurança, abrangendo desde o dimensionamento e as condições laborais até o envolvimento do paciente e de sua família.

A expectativa é que a implementação das ações aqui propostas contribua para a consolidação de um modelo de cuidado seguro, humanizado e sustentável, alinhado às diretrizes nacionais de segurança do paciente e à missão institucional do hospital.

O guia se configura, portanto, como uma ferramenta gerencial imediata, capaz de orientar lideranças e equipes na implantação de um plano de ação estruturado, com indicadores e responsabilidades claramente definidos.

Em síntese, o produto técnico reforça a contribuição prática e científica desta pesquisa ao promover a integração entre gestão, assistência e aprendizado organizacional contínuo, fundamentos essenciais para o fortalecimento de uma cultura de segurança sólida, participativa e centrada no cuidado de qualidade.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde*. Brasília: ANVISA, 2016. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 6) Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude.pdf/view>>. Acesso em: 29 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013*. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2 abr. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 8 nov. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) = WOLRD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care*. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252269>. Acesso em: 3 nov. 2025.

ANEXO A – Questionário Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente (Versão 2.0)

Instruções

Este questionário solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e notificação de incidentes em seu hospital; ele tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchido. Se uma questão não se aplicar a você ou ao seu hospital, ou se você não souber como respondê-la, por favor, selecione a opção "Não se aplica ou Não sei".

A “**segurança do paciente**” é definida como evitar e prevenir danos aos pacientes ou eventos adversos, resultantes dos processos de prestação de cuidados de saúde.

Um “**incidente de segurança do paciente**” é definido como qualquer tipo de erro, falha ou evento associado à prestação de cuidados de saúde,
INDEPENDENTEMENTE DE TER OU NÃO CAUSADO DANO AO PACIENTE.

1. Qual é o seu cargo nesse hospital?

Selecione UMA opção.

Sua posição na equipe

Enfermagem

- 1 Enfermeiro
- 2 Técnico de Enfermagem
- 3 Auxiliar de Enfermagem
- 4 Residente de Enfermagem
- 5 Estagiário de Enfermagem
(Graduação)

Medicina

- 6 Médico
- 7 Médico Hospitalista
- 8 Residente de Medicina
- 9 Interno de Medicina

Outra Profissão de Saúde

- 10 Nutricionista
- 11 Farmacêutico, Técnico ou Auxiliar de Farmácia
- 12 Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo
- 13 Psicólogo
- 14 Bioquímico
- 15 Assistente Social
- 16 Dentista
- 17 Técnico (por exemplo, de Laboratório, Rx, Eletrocardiograma).

Supervisor, Gerente, Líder de equipe/clínica, Alta liderança

- 18 Supervisor, Gerente de Departamento, Chefe de equipe/clínica, Administrador, Diretor
- 19 Superintendente, Diretor Geral, Diretor Presidente.

Apoio

- 20 Hotelaria, Manutenção e Infraestrutura
- 21 Serviço de Nutrição e Dietética
- 22 Serviço de Limpeza
- 23 Tecnologia da Informação, Serviço de Informações em Saúde, Informática Médica
- 24 Segurança
- 25 Transporte
- 26 Funcionário ou Secretário de unidade, Recepcionista, Funcionário Administrativo.

Outros

- 27 Outro, por favor especifique:

Sua Unidade/Área de Trabalho

2. Pense na sua UNIDADE como a área de trabalho, departamento/serviço ou área clínica do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho. Qual é a sua unidade ou área de trabalho principal neste hospital?

Selecione uma opção.

Múltiplas

Unidades/Nenhuma

Unidade específica

- 1 Vários setores hospitalares/nenhum setor específico

Unidades

Clínicas/Cirúrgicas

- 2 Unidade Mista Clínica e Cirúrgica
 3 Unidade Clínica (Não-Cirúrgica)
 4 Unidade Cirúrgica
 5 Central de Material e Esterilização (CME)

Unidades de

Cuidados

Especializados

- 6 Cardiologia
 7 Serviço de Emergência, Observação, Curta Permanência
 8 Gastroenterologia
 9 UTI (adulto – todos os tipos)
 10 Maternidade, Obstetrícia, Ginecologia
 11 Oncologia, Hematologia
 12 Pediatria (incluindo UTI Neonatal e Pediátrica)
 13 Psiquiatria e Saúde Mental
 14 Pneumologia
 15 Reabilitação, Fisiatria

Serviços Cirúrgicos

- 16 Anestesiologia
 17 Endoscopia, Colonoscopia
 18 Pré Operatório, Centro Cirúrgico/Recuperação PósAnestésica/Pós Operatório.

Serviços Clínicos

- 19 Patologia/Laboratório
 20 Farmácia
 21 Radiologia, Exames de Imagem
 22 Terapia Respiratória
 23 Serviço Social, Planejamento de Alta

Administração/Gestão

- 24 Administração, Gestão
 25 Serviços Financeiros, Faturamento
 26 Recursos Humanos, Treinamento
 27 Educação Continuada
 28 Tecnologia da Informação, Gestão da Informação em Saúde, Informática Clínica
 29 Setor de Arquivo Médico (SAME)
 30 Qualidade, Gestão de Risco, Segurança do Paciente

Serviços de Apoio

- 31 Recepção, Cadastro
 32 Serviço de Nutrição e Dietética
 33 Serviço de Limpeza, Hotelaria, Manutenção e Infraestrutura
 34 Serviço de Segurança
 35 Transporte

Outros

- 36 Outro, por favor, especifique:

--

SEÇÃO A: Sua Unidade/Área de Trabalho

O quanto você concorda ou discorda em relação às seguintes afirmações a respeito da SUA UNIDADE/ÁREA DE TRABALHO?

Pense na sua UNIDADE/ÁREA DE TRABALHO:	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não sei aplica ou não sei
1. Nesta unidade, trabalhamos juntos como uma equipe integrada	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Nesta unidade, temos profissionais suficientes para lidar com a carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o desejável para prestar o melhor cuidado ao paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Esta unidade revisa regularmente os processos de trabalho, para determinar se são necessárias mudanças 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	<input type="checkbox"/> 9
5. Esta unidade depende demasiado de profissionais com contrato terceirizado ou contratado por qualquer outro regime temporário	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Nesta unidade, os profissionais sentem que seus erros/falhas podem ser usados contra eles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Quando um incidente é notificado nesta unidade, a impressão que se tem é que a pessoa está sendo notificada e não o problema	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Durante períodos de sobrecarga de trabalho, os profissionais desta unidade ajudam uns aos outros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Há problema com comportamento desrespeitoso por parte daqueles que trabalham nesta unidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Quando os profissionais cometem erros, esta unidade se concentra no aprendizado, ao invés de culpar os indivíduos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. O ritmo de trabalho nesta unidade é tão intenso que afeta negativamente a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. Nesta unidade, as mudanças para melhorar a segurança do	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

paciente são avaliadas para verificar se elas estão funcionando bem

13. Nesta unidade, falta apoio aos profissionais envolvidos em erros/falhas que comprometem a segurança do paciente

1 2 3 4 5 9

14. Esta unidade permite que os mesmos problemas de segurança do paciente continuem ocorrendo

1 2 3 4 5 9

SEÇÃO B: Seu Supervisor, Gerente ou Chefe Clínico

O quanto você concorda o discorda das seguintes afirmações sobre o seu supervisor, gerente ou chefe clínico imediato?

1. Meu supervisor, gerente ou chefe de equipe/clínica considera seriamente as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do paciente

1 2 3 4 5 9

2. Meu supervisor, gerente ou chefe de equipe/clínica quer que trabalhem mais rápido nos horários de demanda intensa de trabalho, mesmo que isso implique em "pular etapas"

1 2 3 4 5 9

3. Meu supervisor, gerente ou chefe de equipe/clínica adota medidas para resolver as questões de segurança do paciente que lhe são apresentadas

1 2 3 4 5 9

SEÇÃO C: Comunicação

Com que frequência as seguintes situações acontecem na sua UNIDADE/ÁREA DE TRABALHO?

Pense em sua unidade/área de trabalho

1. Somos informados sobre os erros/incidentes de segurança que acontecem nesta unidade

1 2 3 4 5 9

2. Quando acontecem erros/incidentes de segurança nessa unidade, discutimos maneiras de evitar que voltem a acontecer

1 2 3 4 5 9

3. Nesta unidade, somos informados sobre as mudanças realizadas com base nos relatórios de notificação de incidentes

1 2 3 4 5 9

4. Nesta unidade, os profissionais se falam abertamente quando veem algo que pode

1 2 3 4 5 9

afetar negativamente o cuidado do paciente

5. Quando os profissionais desta unidade veem alguém com mais autoridade fazendo algo inseguro para os pacientes, eles falam abertamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Quando os profissionais desta unidade se manifestam, as pessoas com mais autoridade estão abertas às suas preocupações em relação à segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Nesta unidade, os profissionais têm receio de fazer perguntas, quando algo não lhes parece certo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SEÇÃO D: Notificação de Incidentes de Segurança do Paciente

Pense em sua unidade/área de trabalho	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não sei aplica ou não sei
1. Quando um incidente é <u>detectado e corrigido antes de atingir o paciente</u> , 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	<input type="checkbox"/> 9
2. Quando um incidente atinge o paciente e <u>poderia ter lhe causado dano, mas não lhe causou</u> , 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	<input type="checkbox"/> 9
3. <u>Nos últimos doze meses</u> , quantos incidentes relacionados à segurança do paciente <u>você</u> notificou						
<input type="checkbox"/> a. Nenhum <input type="checkbox"/> b. 1 a 2 <input type="checkbox"/> c. 3 a 5 <input type="checkbox"/> d. 6 a 10 <input type="checkbox"/> e. 11 ou mais						

SEÇÃO E: Avaliação da Segurança do Paciente

1. Como você avaliaria a sua UNIDADE/ÁREA DE TRABALHO com relação à segurança do paciente?

Ruim	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente
▼ <input type="checkbox"/> 1	▼ <input type="checkbox"/> 2	▼ <input type="checkbox"/> 3	▼ <input type="checkbox"/> 4	▼ <input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO F: O Seu Hospital

O quanto você concorda ou discorda em relação às seguintes afirmações a respeito do SEU HOSPITAL?

Pense sobre o SEU HOSPITAL:	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não sei aplica ou não sei
1. As ações da gestão do hospital demonstram que a segurança do paciente tem alta prioridade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

2. A gestão do hospital fornece recursos adequados 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	<input type="checkbox"/> 9
3. A gestão do hospital parece ter interesse na segurança do paciente somente após a ocorrência de um evento adverso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Quando pacientes são transferidos de uma unidade para outra, informações importantes sobre o seu cuidado são frequentemente perdidas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Durante as mudanças de turno/plantão, informações importantes sobre o cuidado do paciente frequentemente são omitidas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Durante as mudanças de turno/plantão há tempo suficiente para trocar todas as informações importantes 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	<input type="checkbox"/> 9

Perguntas complementares

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

- a. Menos que 1 ano
- b. 1 a 5 anos
- c. 6 a 10 anos
- d. 11 anos ou mais

2. Neste hospital, há quanto tempo você trabalha na sua atual unidade/área de trabalho?

- a. Menos que 1 ano
- b. 1 a 5 anos
- c. 6 a 10 anos
- d. 11 anos ou mais

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

- a. Menos que 30 horas por semana
- b. 30 a 40 horas por semana
- c. Mais que 40 horas por semana

4. 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

SEÇÃO H: Seus comentários

Por favor, sinta-se à vontade para fazer comentários sobre como as coisas são feitas ou como poderiam ser feitas no seu hospital, que podem afetar a segurança do paciente.

Obrigado por preencher este questionário.

ANEXO B – Carta de anuência para a pesquisa

Instituição Coparticipante: _____ (inserir o nome da instituição)

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado ____ _____ (inserir o título do projeto), sob responsabilidade da Pesquisadora responsável Profa. Dra. Adriane Vieira e da Pesquisadora discente Maria Clara Rodrigues de Paula com o objetivo de _____ (inserir o objetivo geral da pesquisa). Assumimos o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada nessa instituição. Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS. Informamos que para ter acesso a instituição e iniciar a coleta dos dados, fica condicionada a apresentação do Comprovante de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

Atenciosamente,

Nome

Assinatura do responsável institucional

Belo Horizonte, xx de xxx de 2024.