

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Bárbara Pequeno Andrade Rasslan Silva

**A CULTURA DE SEGURANÇA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE QUE ATUA EM UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA ADULTO EM HOSPITAIS DE GRANDE PORTE DO MUNICÍPIO DE
BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte

2021

Bárbara Pequeno Andrade Rasslan Silva

**A CULTURA DE SEGURANÇA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE QUE ATUA EM UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA ADULTO EM HOSPITAIS DE GRANDE PORTE DO MUNICÍPIO DE
BELO HORIZONTE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Yovana Quispe Mendoza

Belo Horizonte

2021

Silva, Bárbara Pequeno Andrade Rasslan.

SI586a A cultura de segurança na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde que atua em Unidades de Terapia Intensiva adulto em hospitais de grande porte do Município de Belo Horizonte [manuscrito]. / Bárbara Pequeno Andrade Rasslan Silva. - - Belo Horizonte: 2021.

138f.: il.

Orientador (a): Isabel Yovana Quispe Mendoza. Área de concentração: Enfermagem.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Segurança do Paciente. 2. Cultura Organizacional. 3. Equipe de Assistência ao Paciente. 4. Unidades de Terapia Intensiva. 5. Dissertação Acadêmica. I. Mendoza, Isabel Yovana Quispe. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WX 185



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 651 (SEISCENTOS E CINQUENTA E UM) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA BÁRBARA PEQUENO ANDRADE RASSLAN SILVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 25 (vinte e cinco) dias do mês de fevereiro de dois mil vinte e um, às 8:00 horas, realizou-se a sessão para apresentação e defesa da dissertação "*A CULTURA DE SEGURANÇA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE QUE ATUA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO EM HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE*", da aluna ***Bárbara Pequeno Andrade Rasslan Silva***, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Isabel Yovana Quispe Mendoza (orientadora), Adriana Cristina de Oliveira e Vania Regina Goveia, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 25 de fevereiro de 2021.

Profª Drª Isabel Yovana Quispe Mendoza
Orientadora (EEUFMG)

Profª. Drª. Adriana Cristina de Oliveira
(Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Vania Regina Goveia
(Esc.Enf/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

HOMOLOGADO em reunião do CPU
Em 01.02.2021

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **BÁRBARA PEQUENO ANDRADE RASSLAN SILVA**.

As modificações foram as seguintes:

Rever a variável REGIÃO

NOMES

ASSINATURAS

Profª Drª Isabel Yovana Quispe Mendoza

Profª. Drª. Adriana Cristina de Oliveira

Profª. Drª. Vania Regina Goveia



Documento assinado eletronicamente por **Isabel Yovana Quispe Mendoza, Professora do Magistério Superior**, em 25/02/2021, às 16:54, 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 **Adriana Cristina de Oliveira Iquiapaza, Professora do Magistério Superior**, em 25/02/2021, às 18:26, 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 **Vania Regina Goveia, Professora do Magistério Superior**, em 26/02/2021, às 14:37, 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 **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 26/02/2021, às 15:12, 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 **0588021** e o código CRC **868F54EB**.

Dedico esta dissertação primeiramente a Deus e Nossa Senhora, que abriram os meus caminhos durante essa trajetória; aos meus pais, que sempre me incentivaram no caminho da fé e da perseverança, e ao meu marido, que sempre me deu suporte e fôlego para continuar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Nossa Senhora pela generosidade de sempre guiar os meus passos.

Aos amigos espirituais por intercederem pela minha felicidade.

Aos meus pais pelo amor, carinho, pela educação e confiança que sempre depositaram na minha vida. À minha mãe, que sempre esteve ao meu lado, me animando nos momentos de frustração e me ensinando a acreditar que o melhor sempre acontece a seu tempo. Ao meu pai pelo companheirismo, pela confiança e pelas palavras de suporte nos momentos de desamparo.

Ao meu marido pela cumplicidade, pelo carinho, amor, pela lealdade e pelo suporte que hoje representamos na vida um do outro.

À minha orientadora, Isabel Yovana, pela paciência, generosidade e pelo apoio concedido por todo esse período.

Aos professores da UFMG que reforçaram em mim ainda mais o desejo pela docência.

Aos colegas do mestrado pelas reflexões e ansiedades compartilhadas.

À enfermagem por me abrir tantas portas e me ajudar a me tornar um ser humano cada dia melhor.

RESUMO

Mensurar a cultura de segurança através de instrumentos validados permite o conhecimento de fatores relevantes à segurança do paciente nas rotinas da instituição e no comportamento dos funcionários, possibilitando com isso a descoberta de pontos fortes que devem ser estimulados e pontos fracos que devem ser reestruturados. Método: trata-se de um estudo descritivo transversal, multicêntrico, com abordagem quantitativa, tipo *survey*. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados o questionário “Hospital Survey on Patient Safety Culture”. A amostra foi constituída por 168 profissionais da área da saúde que atuavam na área de terapia intensiva adulto de quatro instituições hospitalares de Belo Horizonte. Para análise dos dados, foram mensuradas as frequências absolutas e relativas das respostas positivas/neutras e negativas de cada dimensão. Além disso, realizou-se a análise fatorial, que gerou 12 indicadores que representaram as 12 dimensões do instrumento. Para verificar a validade convergente, foi utilizado o critério da Variância Média Extraída – AVE e, para mensurar a confiabilidade do instrumento, foi utilizado o Alfa de Cronbach (AC) e a Confiabilidade Composta (CC). Resultados: a equipe multiprofissional foi composta, em sua maioria, de técnicos de enfermagem do sexo feminino, com idade média de 39,97 anos, carga horária média semanal de 35,07 horas. Apenas a dimensão “Aprendizagem organizacional /Melhoria continuada” se classificou como forte na perspectiva das quatro instituições. Por outro lado, a dimensão que obteve percentual mais baixo de respostas positivas na avaliação dos quatro hospitais foi “Respostas não punitivas aos erros”. O Hospital A apresentou maior número de dimensões classificadas como fracas (nove) e o Hospital D apresentou o menor (uma). Conclusão: Das 12 dimensões analisadas uma se classificou como forte e seis se classificaram como fracas. Além disso, na análise multivariada, o Hospital D apresentou uma avaliação positiva em relação às outras instituições em dez dos 12 indicadores analisados. O estudo evidenciou que a cultura punitiva ainda prevalece no ambiente de saúde e que é primordial a elaboração de ferramentas e estudos que fortaleçam a cultura de segurança dentro da terapia intensiva.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Cultura organizacional. Unidades de Terapia Intensiva. Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Measuring the safety culture through validated instruments allows the knowledge of factors relevant to patient safety in the institution's routine and in employees' behavior, thus enabling the discovery of strengths that must be encouraged and weaknesses that must be restructured. Methodology: this is a cross-sectional descriptive study with a quantitative approach, survey type. The questionnaire "Hospital Survey on Patient Safety Culture" was used as a data collection instrument. The sample consisted of 168 health professionals who worked in the adult intensive care area of four hospitals in Belo Horizonte. For data analysis, absolute and relative frequencies of positive/neutral and negative responses for each dimension were measured. In addition, a factor analysis was performed, which generated 12 indicators that represented the 12 dimensions of the instrument. To check the convergent validity the Average Variance Extracted – AVE criterion was used and to measure the reliability of the instrument, Cronbach's Alpha (C.A.) and Composite Reliability (C.R) were used. Results: the multidisciplinary team was mostly composed of female nursing technicians, with an average age of 39.97, an average weekly workload of 35.07 hours. Only the dimension "Organization learning/Continuous improvement" was classified as strong in the perspective of the four organizations. On the other hand, the dimension that obtained the lowest percentage of positive responses in the evaluation of the four hospitals was "Non-punitive responses to errors". Hospital A had the highest number of dimensions classified as weak (nine) and Hospital D had the lowest number of dimensions classified as weak (one). Conclusion: Of the 12 dimensions analyzed, one was classified as strong and six were classified as weak. In addition, in the multivariate analysis, Hospital D presented a positive evaluation in relation to the other institutions in ten of the twelve indicators analyzed. The study showed that the punitive culture still prevails in the health environment and that it is essential to develop tools and studies that strengthen the safety culture within intensive care.

Keywords: Patient Safety. Organization culture. Intensive Care Units. Patient Assistance Teams.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Dimensões da qualidade dos serviços de saúde, Organização Mundial de Saúde, 2017.	24
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis de caracterização categóricas da amostra, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.	39
Tabela 2 - Análise descritiva das variáveis de caracterização numéricas da amostra, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.	40
Tabela 3- Avaliação das dimensões de cultura de segurança do paciente nas quatro unidades de terapia intensiva adulto. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020.....	41
Tabela 4 - Frequência absoluta e relativa de respostas positivas para cada dimensão no Hospital A, B, C e D, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.	49
Tabela 5 - Análise fatorial das dimensões segundo HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.....	51
Tabela 6 - Validação das dimensões, segundo HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.....	55
Tabela 7 - Associação da variável hospital com as dimensões, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.....	56
Tabela 8 - Associação da variável classe profissional com os indicadores, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.	58
Tabela 9 - Associação da variável sexo quanto às dimensões do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.....	60
Tabela 10 - Correlação entre a idade (anos) e tempo de atuação no setor (anos) e as dimensões, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.	61
Tabela 11 - Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Trabalho em equipe na unidade/serviço” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.....	62
Tabela 12 - Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.	63
Tabela 13 - Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Aprendizagem organizacional/melhoria continuada” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.....	63
Tabela 14 - Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.....	64

Tabela 15 - Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Percepção de segurança” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.	65
Tabela 16- Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Feedback e comunicação sobre erros” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.	65
Tabela 17 - Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Abertura para comunicação” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.	66
Tabela 18 - Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Frequência de eventos notificados” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.	66
Tabela 19 - Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Trabalho em equipe entre unidades” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.	67
Tabela 20 - Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Dimensionamento de pessoal” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.....	67
Tabela 21 - Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.	68
Tabela 22 - Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Resposta não punitiva aos erros” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020....	69

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Percentual de respostas consideradas positivas/neutras e negativas para cada dimensão nos Hospitais A, B, C e D, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020. 45
- Gráfico 2 - Percentual de respostas positivas, neutras e negativas para cada dimensão no Hospital A, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020. 46
- Gráfico 3 – Percentual de respostas consideradas positivas, neutras e negativas para cada dimensão no Hospital B, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020..... 46
- Gráfico 4 - Percentual de respostas consideradas positivas/neutras e negativas para cada dimensão no Hospital C, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020..... 47
- Gráfico 5 - Percentual de respostas consideradas positivas/neutras e negativas para cada dimensão no Hospital D, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020..... 48
- Gráfico 6 - Média percentual de respostas sobre a nota de segurança do paciente nas quatro Unidades de Terapia Intensiva Adulto, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020. 69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alfa de Cronbach
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVE	Variância Média Extraída
CC	Confiabilidade Composta
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP UFMG	Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CSS	<i>Culture of Safety Survey</i>
EAs	Eventos adversos
EUA	Estados Unidos
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
HSOPS	<i>Hospital Survey on Patient Safety</i>
INSAG	<i>International Nuclear Safety Advisory Group</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
MS	Ministério da Saúde
MSSA	<i>Medication Safety Self Assessment</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSCHO	<i>Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations</i>
PSP	Plano de Segurança do Paciente
PSP	Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SCS	<i>Safety Climate Survey</i>
SLOAPS	<i>Strategies for Leadership: An Organizational Approach to Patient Safety</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHA	<i>World Health Assembly</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	OBJETIVOS	22
2.1	Objetivo geral.....	22
2.2	Objetivos específicos	22
3	REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1	Qualidade em serviços de saúde e segurança do paciente.....	23
3.2	Cultura organizacional e cultura de segurança	26
3.3	Instrumentos de análise da cultura de segurança	28
3.4	Segurança do paciente x Unidade de Terapia Intensiva adulto.....	30
4	METODOLOGIA	32
4.1	Tipo de estudo	32
4.2	Local de estudo.....	32
4.3	População e amostra do estudo.....	33
4.4	Crterios de inclusão e exclusão	34
4.5	Instrumento de coleta de dados	34
4.6	Procedimento de coleta de dados.....	35
4.7	Variáveis do estudo	36
4.8	Tratamento e análise dos dados.....	36
4.9	Aspectos éticos.....	38
5	RESULTADOS	39
5.1	Análise descritiva das variáveis categóricas e numéricas da amostra ..	39
5.2	Análise descritiva da cultura de segurança nas quatro Unidades de Terapia Intensiva	40
5.3	Análise descritiva do percentual de respostas positivas encontradas nas doze dimensões entre os hospitais A, B, C e D.....	48
5.4	Análise fatorial das dimensões.....	49
5.5	Associação das variáveis independentes com as dimensões do instrumento de cultura de segurança HSPOSC: análise univariada	55
5.6	Associação das variáveis independentes com as dimensões do instrumento de cultura de segurança HSPOSC: análise multivariada	61
5.7	Nota atribuída pelos profissionais à segurança do paciente de cada uma das instituições	69
6	DISCUSSÃO	70
6.1	Análise descritiva	70
6.2	Análise fatorial	72
6.3	Variáveis que permaneceram no estudo na análise multivariada	73
6.4	Nota de segurança do paciente atribuída pelos participantes do estudo.....	77
7	CONCLUSÃO.....	78
	REFERÊNCIAS.....	80

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	90
APÊNDICE B- HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (HSOPSC)	92
ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO cep DO HOSPITAL A.....	100
ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP DO HOSPITAL B	102
ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP DO HOSPITAL C.....	107
ANEXO D – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP DO HOSPITAL D.....	110

1 INTRODUÇÃO

Apesar de recente a sua aplicabilidade no âmbito da saúde, a segurança do paciente foi um assunto abordado por Hipócrates (460 a 370 a.C.), quando instituiu o postulado *primum non nocere*, que significa primeiro não cause o dano. O pai da medicina, desde essa época, já afirmava que o cuidado poderia causar algum tipo de dano ao paciente. Outros importantes personagens que contribuíram com a melhoria da qualidade em saúde foram, Florence Nightingale, Ignaz Semmelweiss, Ernest Codman, Avedis Donabedian, John E. Wennberg, Archibald Lemman Cochrane, entre outros. Através deles foi possível reconhecer a importância da transmissão das infecções pelas mãos, da organização do cuidado, da formulação de padrões de qualidade na assistência e da medicina baseada em evidência (BRASIL; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014). Porém o tema de segurança do paciente ganhou relevância no ano 2000, com a publicação do relatório do *Institute of Medicine (IOM) To Err is Human* (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Nesse documento, relatou-se que houve 33,6 milhões de internações hospitalares nos EUA, em 1997, das quais 44 mil a 98 mil americanos morreram em hospitais, anualmente, devido a erros no âmbito da saúde de acordo com a estimativa de dois grandes estudos. Resultados de pesquisas publicadas no relatório do IOM apontaram que, em Colorado e Utah, a porcentagem de eventos adversos (EAs) durante as internações foi de 2,9% e 3,7% respectivamente. Esses dados superaram outros tipos de morte e ameaças muito temidas na época, como câncer de mama, mortes por veículos motorizados e síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A publicação desses dados suscitou imediatas ações em prol da segurança do paciente. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2004, lançou o *World Alliance for Patient Safety*, programa que tem como objetivo principal proporcionar maior segurança aos pacientes por meio de três ações: prevenir os eventos adversos, torná-los visíveis e diminuir os efeitos desses eventos quando eles acontecerem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), em 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria nº 529, cujo objetivo é a qualificação do cuidado em saúde, abrangendo todos os estabelecimentos no território nacional (BRASIL, 2013a). Por outro lado, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 em 25 de julho de 2013, que objetiva instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria dos serviços de saúde. Esta resolução estabelece a formação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e do Plano de

Segurança do Paciente (PSP) em Serviços de Saúde, incluindo também vigilância, monitoramento e notificação dos eventos adversos (EAs). O EA, segundo a resolução, caracteriza-se como: “incidente que resulta em danos à saúde“ (BRASIL, 2013b).

Um estudo realizado em 2015, em seis hospitais belgas, encontrou eventos adversos em 465 dos 830 prontuários avaliados. Isso corresponde a aproximadamente 56%, entre eles 215 (46%) eram totalmente evitáveis (MARQUET *et al.*, 2015). Já na Irlanda, estudo publicado em 2017 mostrou que a prevalência de eventos adversos foi de 12,2%, com uma incidência de 10,3% de eventos a cada cem internações (RAFTER *et al.*, 2017).

No Brasil, a ANVISA publicou dados dos EAs notificados pelas instituições hospitalares e, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, foram confirmados 272.689 incidentes, dos quais Minas Gerais teve o maior número de incidentes, 59.473 em relação aos outros estados do país (BRASIL, 2018). É importante destacar que Minas Gerais é o estado brasileiro com maior número de Núcleos de Segurança do Paciente cadastrados no Notivisa (377 até junho de 2020); essa situação pode justificar o maior número de eventos adversos vinculados à região mineira (BRASIL, 2020).

Diante dessa realidade, nas últimas décadas, é possível observar o aumento da preocupação das instituições governamentais, especialistas, pesquisadores, gestores e profissionais da área da saúde voltada para a segurança do paciente (GOMES *et al.*, 2017). No entanto, para instituir ações no processo de segurança do paciente, é imprescindível que a cultura de segurança seja uma prática estruturada nas instituições de saúde. A cultura de segurança é definida como o “conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde” (BRASIL, 2013b).

A cultura de segurança promove um processo de comunicação adequada, confiança, aprendizado organizacional, comprometimento coletivo em relação aos aspectos de segurança, liderança e abordagem não punitiva ao erro (MACEDO *et al.*, 2016). Atualmente, reconhece-se que a principal barreira para uma assistência segura não é somente a falta de conhecimento dos profissionais, mas também um sistema de organização de saúde culturalmente fragilizado, refletida em comportamentos negativos na prática assistencial (MELLO; BARBOSA, 2017).

Ao avaliar a cultura de segurança de um determinado ambiente, é possível identificar e gerir questões relevantes à segurança do paciente nas rotinas e condições de trabalho. Além disso, essa avaliação da cultura organizacional possibilita o acesso a informações relacionadas ao comportamento dos funcionários sobre questões que envolvem a segurança do paciente,

possibilitando assim a identificação dos pontos fortes e fracos da cultura de segurança na instituição (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

A ocorrência dos EAs se dá em todos os ambientes de assistência à saúde, porém, na unidade de terapia intensiva (UTI), o risco é maior, devido a suas características de maior complexidade, como maior demanda de recursos humanos e tecnológicos e processos de trabalho extremamente complexos e especializados. Além disso, o número elevado de procedimentos torna o ambiente susceptível à ocorrência aumentada de erros assistenciais (SERAFIM *et al.*, 2017). Em âmbito nacional, estudos que avaliaram a quantidade de eventos adversos na UTI mostraram que o número ainda se encontra elevado e por isso uma atenção diferenciada a esse setor é primordial (SOUZA; ALVES; ALENCAR, 2018; ORTEGA *et al.*, 2017).

Metanálise publicada em 2018 comparou estudos que avaliaram a cultura de segurança em diferentes países do mundo e mostrou que a maioria dos profissionais ainda acredita em uma cultura punitiva, o que prejudica o relato das falhas executadas. Nesse estudo, do total de artigos analisados, 29 foram realizados na Ásia, 18 na Europa, 14 no continente americano, sendo que desses, 11 foram originados nos Estados Unidos (EUA), dois na Turquia e um no Egito. A maioria dos respondentes foram os profissionais da enfermagem, e muitos desses estudos foram direcionados apenas a essa categoria (OKUYAMA; GALVAO; SILVA, 2018).

A cultura de segurança varia de acordo com as diferentes unidades dentro de uma mesma instituição. Essas diferenças são de origem multifatorial e uma possível explicação está no processo de trabalho desenvolvido em cada cenário. Assim, unidades como psiquiatria, pediatria e reabilitação possuem uma percepção mais positiva em relação à cultura de segurança, ou seja, possuem uma cultura de segurança mais fortalecida, quando comparadas às unidades de emergência e bloco cirúrgico (BATALHA; MELLEIRO, 2015; VLAYEN *et al.*, 2015).

Em âmbito nacional, estudos que avaliam a cultura de segurança na UTI adulto ainda são escassos e normalmente restritos a uma só instituição, além disso, a categoria profissional da enfermagem, frequentemente, é a única classe avaliada. Desses estudos percebe-se que nesse ambiente a maioria das 12 dimensões avaliadas são classificadas como frágeis (TONDO; GUIRARDELLO, 2017; MELLO; BARBOSA, 2017; MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016; SCHWONKE *et al.*, 2016).

Diante desse contexto, fazem-se necessários novos estudos que avaliem a cultura de segurança em unidades de terapia intensiva adulto e que todos os membros da equipe multiprofissional sejam incluídos e mais instituições de saúde componham o escopo de

participantes. A presente pesquisa será direcionada pela seguinte pergunta: Como é percebida a cultura de segurança na perspectiva da equipe multiprofissional das unidades de terapia intensiva adulto nos hospitais de grande porte do município Belo Horizonte?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a cultura de segurança na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde nas unidades de terapia intensiva adulto em hospitais de grande porte do município de Belo Horizonte.

2.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar a população de estudo;
- b) Analisar as dimensões da cultura de segurança dentro das unidades de terapia intensiva adulto;
- c) Comparar a cultura de segurança na terapia intensiva adulto entre os hospitais elencados;
- d) Estabelecer associação entre as características profissionais e as dimensões da cultura de segurança.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Qualidade em serviços de saúde e segurança do paciente

Um dos primeiros pesquisadores da área de qualidade nos serviços de saúde foi o médico libanês Avedis Donabedian, que afirma que uma qualidade eficiente acontece quando se atingem os melhores resultados de saúde para a população, incluindo perdas e danos previstos, dentro dos recursos disponíveis. Além disso, ele define que a qualidade é composta por vários componentes que podem ser reunidos em sete atributos, chamados os Sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1980, 1990).

É importante destacar que a qualidade é multifatorial e que dificilmente será possível escolher uma definição universalmente válida para todos os serviços. Para que seja possível delimitar a qualidade, é primordial que essa definição ocorra em função da missão dos serviços de saúde que estão inseridos nesse processo. Portanto cada instituição deve definir quais as dimensões que irão compor a qualidade do serviço ofertado (BRASIL, 2017).

Um grupo de dimensões que foram utilizadas em grande escala e serviram de modelo para a construção de diversos indicadores de qualidade em vários lugares no mundo foram as seis dimensões-chaves elaboradas pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos e posteriormente adaptadas pela OMS. Segue abaixo quadro adaptado sobre as dimensões da Qualidade (BRASIL, 2017).

Quadro 1- Dimensões da qualidade dos serviços de saúde, Organização Mundial de Saúde, 2017.

1. Segurança	Ausência de lesões devido à assistência à saúde que supostamente deve ser benéfica. Sistemas de saúde seguros diminuem o risco de dano aos pacientes
2. Efetividade	Prestação de serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar-se deles, evitando-se prestar serviços àqueles que provavelmente não se beneficiarão (evitar infra e suprautilização respectivamente).
3. Atenção centrada no paciente	Respeito ao paciente, considerando suas preferências individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por tais valores.
4. Oportunidade/ Acesso (interno e externo)	Redução das esperas e atrasos, às vezes prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam a assistência à saúde.
5. Eficiência	Prevenção do desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energias.
6. Equidade	Prestação de serviços que não variam a qualidade segundo as características pessoais, tais como gênero, etnia, localização geográfica e <i>status</i> socioeconômico.

Fonte: (BRASIL, 2017).

Segundo Vincent (2010 *apud* BRASIL, 2017, p. 24-25), a segurança tem se fortalecido como uma dimensão importante da qualidade. Além disso, elenca que as principais contribuições que a segurança do paciente traz para a qualidade no cuidado de saúde são: divulgação de forma clara de como o cuidado pode ser danoso ao usuário, maior atenção ao impacto do erro e as consequências do dano, ampliação da atenção nas questões ergonômicas e psicológicas que envolvem o processo, ampla variedade de modelos de segurança e qualidade e a introdução de novas ferramentas técnicas que objetivam melhorias no ramo da saúde.

No entanto, ainda existem dificuldades vivenciadas na qualidade da assistência à saúde como: a crescente complexidade da ciência e tecnologia, o aumento das condições crônicas dos

pacientes, um sistema mal organizado e restrições que impedem a exploração da revolução na tecnologia da informação. Além disso, o avanço da tecnologia e o conhecimento no ramo da saúde cresceram tão rapidamente que a segurança não conseguiu acompanhar toda essa evolução em tempo hábil (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

No ano de 2002, a 55ª Assembleia Mundial de Saúde adotou a resolução *World Health Assembly* (WHA) 55.18 – “Qualidade da atenção: segurança do paciente” –, que tinha como objetivo solicitar com urgência aos estados que compunham a OMS investimento e fortalecimento no ramo da segurança do paciente e da qualidade nos cuidados de saúde ofertados. Posteriormente, em 2004, a 57ª Assembleia Mundial de Saúde apoiou a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que tinha como objetivo liderar os programas de segurança do paciente em nível internacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

No Brasil, a partir do ano de 2004, a Anvisa incorporou no seu escopo de atividades as ações previstas na Aliança Mundial para Segurança do Paciente da OMS. O tema segurança do paciente desde essa época vem sendo aprimorado pela Anvisa, através da vigilância mais incisiva nas atividades relacionadas à assistência ofertada mediante práticas de controle, regulação e monitoramento dos serviços de saúde e uso de tecnologias disponíveis para a área do cuidado (BRASIL, 2016).

Foi no ano de 2013 que o Brasil alavancou uma grande vitória em relação à segurança do paciente. Em 1º de abril desse mesmo ano, instituiu-se o Programa Nacional de Segurança do Paciente por meio da Portaria MS/GM nº. 529. Tal iniciativa tinha como principal objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. E, no dia 25 de julho de 2013, instituiu-se a RDC nº 36, que delimita ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e torna obrigatória a formação do NSP em todas as instituições de saúde que fossem de caráter público, privado, filantrópico, civil, militar e acoplassem em seu escopo de atividades ações de ensino e pesquisa (BRASIL, 2013a, 2013b).

A RDC nº 36 também determinou que a elaboração do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP) é de responsabilidade do NSP, o qual deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco através de 17 atividades desenvolvidas pelos serviços de saúde, como: identificação do paciente, segurança cirúrgica, higienização das mãos, entre outras (BRASIL, 2013a, 2013b, 2016).

O termo segurança do paciente, atualmente, recebe a seguinte definição: “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde” (BRASIL, 2013b). A importância do fortalecimento na segurança e na qualidade da assistência à saúde se

torna visível quando se compara o risco de erro de uma prática assistencial com outras atividades cotidianas da maioria das pessoas. Por exemplo, a probabilidade de um paciente morrer ao andar de avião ou enquanto pratica um alpinismo é de um em dez milhões e um em mil respectivamente. Já na prática assistencial, esse risco aumenta consideravelmente, o risco de morte por erro durante uma internação é de um em 300 casos e o risco de eventos adversos de qualquer natureza ocorrerem é de 10% (SOUZA; MENDES, 2019).

3.2 Cultura organizacional e cultura de segurança

Conhecimentos acerca do termo “cultura” têm raízes profundas na literatura antropológica há décadas. A aplicação desse termo de forma desvinculada às tribos indígenas ocorreu pela primeira vez nos Estados Unidos, no período da guerra dos séculos XV e XVI. Porém apenas em 1980 chamou a atenção da população. Nessa época, vários livros de administração apresentavam resultados influentes ao abordar o tema “cultura organizacional” uma vez que consideravam o termo um aspecto fundamental na gestão de desempenho ocupacional. Na atualidade, o interesse pela cultura organizacional expandiu-se muito e suscitou o desenvolvimento de estudos no ramo industrial, inclusive no âmbito da saúde (DAVIES; NUTLEY; MANNION, 2000).

O conceito de cultura de segurança surgiu em 1988 a partir de um relatório técnico realizado pelo *International Nuclear Safety Advisory Group* (INSAG), no qual ele apresenta o resultado da análise do desastre da usina nuclear de Chernobyl na Ucrânia. As falhas detectadas, que foram em parte responsáveis pelo acidente, foram interpretadas como uma evidência de uma cultura de segurança fraca (INTERNATIONAL NUCLEAR SAFETY ADVISORY GROUP, 1991). No âmbito da saúde, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (ARQH) descreveu em 2003 que a definição do Comitê Consultivo para a Segurança das Instalações Nucleares para cultura de segurança poderia ser facilmente adaptada ao ambiente de saúde (NIEVA; SORRA, 2003):

A cultura de segurança de uma organização é o produto de valores individuais, de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o comprometimento e o estilo e a competência do gerenciamento de saúde e segurança de uma organização. As organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações baseadas na confiança mútua, em percepções compartilhadas da importância da segurança e na confiança da eficácia de medidas preventivas.

A cultura demonstra o comprometimento da instituição e dos seus gestores em delimitar a necessidade da temática e estabelecê-la como eixo norteador da organização do serviço em questão. Além disso, ela também se envolve com as situações cotidianas do serviço e tem como princípio conhecer as dificuldades enfrentadas por seus trabalhadores com o objetivo de criar uma comunicação eficiente com as diferentes gestões e possibilitar um processo confiável entre todos os membros envolvidos (PAESE; SASSO, 2013).

Segundo Schein (2004, p. 22), a cultura é um fenômeno dinâmico que está nas atividades em todos os momentos. O autor cita que ela é constantemente criada e representada por nossas interações no meio social e moldada nas relações de liderança e nas rotinas pautadas em estruturas, regras e normas que têm como objetivo restringir o comportamento humano. Quando a cultura surge no meio organizacional, é possível perceber como ela é criada, incorporada, evoluída e manipulada a fim de restringir, estabilizar e fornecer estruturas para os membros daquele serviço.

A gestão da cultura é cada vez mais vista como uma parte necessária da reforma do sistema de saúde. No Reino Unido, as últimas ações do *National Health Service* (NHS) baseiam-se na premissa de que a transformação cultural no cotidiano de trabalho dos serviços deve ser garantida juntamente com mudanças processuais e estruturais, para que sejam alcançadas as melhorias almejadas em qualidade e desempenho. Nos Estados Unidos, devido ao número elevado de erros laborais ocorridos no âmbito da saúde, o governo está adotando a mudança de cultura como o elemento-chave de um sistema de saúde mais seguro (SCOTT *et al.*, 2003).

Conforme a RDC n°. 36/2013, a cultura de segurança é definida como “[...] conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde” (BRASIL, 2013b).

Além disso, a mesma resolução considera a disseminação da cultura de segurança como um dos princípios e diretrizes do Núcleo de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b). A Portaria n°. 529/2013 configura a cultura de segurança a partir de cinco características que deverão ser colocadas em prática pelos gestores da instituição, a saber:

[...] cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado

organizacional e cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013a).

Os serviços de saúde devem considerar que erros humanos acontecem e, portanto, as instituições de saúde devem ser organizadas de forma a evitar que o erro atinja o paciente (BRASIL; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014). Existem duas abordagens diferentes para o erro humano, a pessoa e o sistema. A primeira se concentra nos erros dos indivíduos, culpando-os por esquecimento, desatenção e fraqueza moral. A abordagem do sistema se concentra nas condições sob as quais o indivíduo trabalha e tenta construir defesas que evitem erros ou mitiguem seus efeitos. Nessa visão, consideram-se os seres humanos como indivíduos falíveis e os erros são esperados mesmo nas melhores organizações. As contramedidas são baseadas no pressuposto de que, embora não seja possível alterar a condição humana, podem-se modificar as condições sob as quais os humanos trabalham (REASON, 2000).

No ambiente organizacional da maioria dos serviços de saúde, são necessárias pelo menos seis mudanças para uma cultura de segurança eficaz: não buscar os erros como falhas individuais, mas sim como falhas do sistema; mudar um ambiente punitivo para uma cultura justa; transformar o sigilo em transparência; fornecer cuidados centrados no paciente e não no profissional de saúde; alterar o modelo de cuidado baseado na excelência do desempenho individual para modelos de cuidado focados em uma equipe multiprofissional interdependente, colaborativa e interprofissional; apresentar uma prestação de contas universal e recíproca e não mais do topo para a base (BRASIL; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014).

Uma cultura de segurança efetiva promove uma comunicação de confiança mútua, uma percepção compartilhada da importância da segurança e uma confiabilidade na eficácia das ações preventivas (SORRA; NIEVA, 2004). Portanto, a segurança do paciente é um componente crítico da qualidade nos serviços de saúde e, para ser aprimorada, depende de uma cultura de segurança positiva no ambiente de trabalho. Para que seja possível fortalecê-la, é primordial uma avaliação da cultura já instituída no serviço de saúde.

3.3 Instrumentos de análise da cultura de segurança

A cultura de segurança do paciente depende muito da capacidade institucional de promover um ambiente acolhedor, que estimule a divulgação honesta e o *feedback* construtivo sem julgamento. Uma mudança de cultura não é uma tarefa fácil, mas torna-se fundamental

quando o objetivo é desenvolver um ambiente bem estruturado, que não penalize o erro humano. Hoje já se sabe que uma cultura institucional positiva é responsável por um ambiente com menos eventos adversos nos cuidados de saúde. Além disso, é importante frisar que, antes de se envolver em intervenções projetadas para alcançar uma cultura organizacional, é de suma importância conhecer e avaliar o estado atual da cultura de segurança de cada instituição. Tal intento pode ser alcançado por meio de pesquisa em que participem os trabalhadores e gerentes da instituição (STAWICKI *et al.*, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Destacam-se alguns instrumentos utilizados para mensurar a cultura de segurança dentro dos serviços de saúde: *Strategies for Leadership: An Organizational Approach to Patient Safety* (SLOAPS), *Medication Safety Self Assessment* (MSSA), *Hospital Survey on Patient Safety* (HSOPS), *Culture of Safety Survey* (CSS), *Safety Climate Survey* (SCS), *Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations* (PSCHO) e *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) (COLLA *et al.*, 2005).

Robb e Seddon (2010) apresentam um estudo que defende a identificação da cultura de segurança como uma ferramenta primordial no combate a eventos adversos e no fortalecimento da segurança do paciente instituída nos serviços de saúde. A pesquisa fez uso de dois instrumentos preexistentes específicos para esse tipo de mensuração: *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) e *Hospital Survey on Patient Safety* (HSOPS). Ambos os questionários têm sido validados e amplamente utilizados por instituições de saúde e possuem propriedades psicométricas consistentes.

O *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) – Short Form 2006 foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade de Texas a partir de outras duas escalas já existentes: *Intensive Care Unit Manager Attitudes Questionnaire* e *Flight Management Attitudes Questionnaire*. Essa última já era utilizada em ampla escala para mensurar o clima de segurança nas tripulações de voos. Seus resultados mostraram que a maioria dos acidentes aéreos ocorriam devido a falhas interpessoais no desempenho da tripulação, tais como: trabalho em equipe, discursos de liderança, comunicação e tomada de decisão (SEXTON *et al.*, 2006).

O *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) surgiu em 2004 e foi desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Ele possui alto nível de confiabilidade e eficiência e atualmente é o principal instrumento utilizado mundialmente que mensura a cultura de segurança nos serviços de saúde (SORRA; NIEVA, 2004; REIS, 2013). Em 2017, este instrumento sofreu alterações como uma nova adequação transcultural e avaliação psicométrica. Os resultados consideraram o HSOPSC uma ferramenta válida e confiável, que possui adequadas propriedades psicométricas para avaliação da cultura de

segurança em hospitais brasileiros. A confiabilidade do instrumento (para todos os itens do questionário) foi excelente, alfa de Cronbach 0,92, maior do que a encontrada em outro estudo brasileiro realizado no ano de 2016 (0,52 a 0,91) (ANDRADE *et al.*, 2017; REIS *et al.*, 2016).

3.4 Segurança do paciente x Unidade de Terapia Intensiva adulto

A UTI é um ambiente crítico que demanda recursos humanos e materiais especializados com o objetivo de restabelecer a saúde dos pacientes que se encontram em uma situação de alto risco (ALVES, 2013). Segundo a RDC nº. 7/2010, uma UTI pode ser definida como: “área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia”. A mesma resolução também informa que uma UTI Adulto deverá prestar assistência a pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos quando as normas institucionais estiverem de acordo (BRASIL, 2010a).

A ocorrência de iatrogenias no decorrer da assistência ao paciente pode gerar consequências graves que colocam, inclusive, a vida do enfermo em risco. Quando essa situação é transposta a uma UTI, a situação se torna ainda mais delicada, uma vez que, nesse ambiente, os pacientes são graves e oscilam em limites estreitos que variam entre a normalidade e a anormalidade. Essa situação faz emergir um debate importante que retoma a questão da qualidade e da segurança da assistência e o local no qual isso acontece (PADILHA, 2001).

As unidades de terapia intensiva são ambientes muito susceptíveis à ocorrência de eventos adversos. Algumas das características que justificam essa realidade são: complexidade dos casos, necessidade de decisões urgentes de alto risco, falta de informações prévias em relação à saúde dos pacientes, variabilidade de destreza e capacitação por parte da equipe médica e de enfermagem, grande número de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e utilização de medicações perigosas devido às demandas clínicas dos usuários. Apesar dessas características peculiares, poucos estudos abordam a temática de segurança do paciente no ambiente de cuidados críticos (NOVARETTI *et al.*, 2014).

Pesquisa internacional, em 2005, realizou estudo observacional prospectivo de um ano em uma UTI e constatou que aproximadamente 20,2% dos pacientes internados sofreram algum tipo de EA, sendo que, destes, cerca de 45% eram evitáveis. Entre os EAs graves encontrados, 13% foram fatais ou com risco de vida e 11% eram potencialmente fatais (ROTHSCHILD *et al.*, 2005). Estudo quantitativo realizado com 28 profissionais de enfermagem de uma UTI de um hospital do Paraná mostrou que o clima de segurança ainda estava aquém da promoção da

cultura de segurança na instituição, pois se evidenciou baixa pontuação na maior parte dos domínios avaliados (SOUZA *et al.*, 2019).

Uma das limitações encontradas nos estudos que avaliam a cultura de segurança no âmbito nacional é justamente a busca pela percepção apenas da classe de enfermagem. Dois estudos brasileiros realizados no ano de 2017 mostraram que, na perspectiva dessa classe, a cultura de segurança ainda está muito fragilizada na maioria das dimensões analisadas, sendo que a dimensão “apoio da gestão hospitalar” obteve o menor percentual de respostas positivas, enquanto o domínio “satisfação no trabalho” foi percebido como fundamental pelos profissionais para se alcançar atitudes mais seguras durante a prática assistencial. Um dos estudos inclusive cita como limitações a escassez de outros estudos similares na literatura e a participação restrita apenas da equipe de enfermagem e apenas de uma instituição de saúde (MELLO; BARBOSA, 2017; TONDO; GUIRARDELLO, 2017).

Outro estudo avaliou a cultura de segurança do paciente de apenas uma unidade de terapia intensiva adulto de uma instituição no sul do Brasil. A amostra foi composta de 59 profissionais de saúde, sendo que 85% dos participantes eram da equipe de enfermagem. Os resultados mostraram que todas as dimensões foram consideradas como áreas com potencial de melhorias (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016). Pesquisa realizada apenas com a equipe de enfermagem em sete unidades de terapia intensiva ao sul do Brasil mostrou que, na percepção dos participantes, assuntos que se relacionavam com constructos que abordavam questões gerenciais e organizacionais tiveram uma avaliação menos positiva em relação a atitudes individuais, o que pode sugerir uma dificuldade de se admitir a possibilidade de erro por se acreditar ainda em uma cultura punitiva (SCHWONKE *et al.*, 2016).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo transversal, multicêntrico, com abordagem quantitativa, tipo *survey*. Os estudos transversais realizam a coleta de dados em um determinado ponto temporal, tornando-se apropriados para descrever o estado de fenômenos ou relações entre eles de um ponto fixo (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local de estudo

O estudo foi realizado nas unidades de terapia intensiva adulto de quatro hospitais particulares e públicos de grande porte no município de Belo Horizonte, os quais, por questões éticas e de confidencialidade, foram caracterizados como Hospital A, Hospital B, Hospital C e Hospital D.

O Hospital A foi fundado em 1973, é público, estadual e atualmente possui 48 leitos de terapia intensiva adulto. Essa instituição compõe a rede de urgência e emergência que faz parte da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), reconhecida nacionalmente por sua excelência na assistência à saúde em diversos serviços prestados à população mineira. A visão do hospital é: “Ser reconhecido como referência no atendimento de média e alta complexidade, associado à eficiência de sua gestão”.

O Hospital B foi inaugurado em 1971, é caracterizado como uma autarquia vinculada ao estado de Minas Gerais, que atualmente conta com 30 leitos de terapia intensiva, que se dividem em pós-operatório, clínico e coronariano. Essa instituição de saúde presta assistência aos servidores do estado de MG.

O Hospital C é uma instituição universitária que atende única e exclusivamente os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), possui 18 leitos de terapia intensiva e 19 leitos de unidade coronariana. Já o Hospital D atende ao público particular e/ou conveniado e possui 40 leitos de terapia intensiva adulto. A missão dessa instituição é cuidar das pessoas buscando qualidade de vida e a empresa possui certificação hospitalar da Organização Nacional de Acreditação (ONA), que tem como objetivo geral promover o desenvolvimento e a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde.

4.3 População e amostra do estudo

A população do estudo foi composta de membros da equipe multiprofissional que atuavam em unidades de terapia intensiva adulto: médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e fisioterapeutas.

O cálculo amostral foi feito de forma que fosse possível estender os resultados da amostra coletada para a população de profissionais de saúde que trabalham em unidades de terapia intensiva adulto nos hospitais do município de Belo Horizonte. Para tanto, foi utilizado o método para estimação de proporções para populações finitas (BOLFARINE; BUSSAB, 2005) com alocação proporcional ao hospital e ao tipo de profissional. A expressão para o tamanho da amostra para estimação de proporções para populações finitas é dada por:

$$n = \frac{N}{\frac{(N-1)B^2}{p(1-p)z_\alpha^2} + 1}, \quad (1)$$

Em que z_α é o percentil da distribuição normal correspondente ao nível de significância α , p é a proporção de resposta sobre determinada pergunta, B a margem de erro e N o tamanho da população.

Para possibilitar o cálculo amostral para as diferentes variáveis com os níveis especificados de significância e margem de erro, foi utilizado um p de 50%, uma vez que o tamanho da amostra obtida sobre essa suposição é máximo, suficiente para qualquer possível resultado que venha a ocorrer (HULLEY *et al.*, 2006).

Inicialmente o projeto contava com a participação de cinco hospitais, porém, após a pandemia do coronavírus (covid-19), foi possível realizar a coleta em apenas quatro das cinco instituições. Além disso, em duas das quatro instituições, não foi possível coletar 100% da amostra previamente programada, uma vez que ambas interromperam todas as atividades de pesquisa de campo nas UTIs Adulto durante o ato de coleta por tempo indeterminado. Dessa forma, o N que inicialmente seria de 275 teve que ser reduzido para 168. Assim, a margem de erro foi de 7%, entretanto, após análise pelo estatístico o estudo tem poder suficiente para realizar os testes de hipóteses e detectar associações e correlações significativas.

A unidade amostral foi selecionada através da amostragem probabilística simples que consiste na premissa de que cada participante do estudo tem a mesma probabilidade de ser escolhido para compor a amostra. A técnica que assegurou essa metodologia foi a seleção aleatória dos participantes por meio de sorteio (PEREIRA, 2003 *apud* MAROTTI *et al.*, 2008).

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão utilizados para compor a amostra do estudo foram: trabalhar na unidade de terapia intensiva adulta referente por no mínimo seis meses, ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ser enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, médico ou fisioterapeuta. Entre os critérios de exclusão foram elencados os seguintes: profissionais afastados do trabalho por critérios de licença médica, férias, licença-maternidade e licença prêmio.

4.5 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados que foi utilizado neste estudo se chama *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Este questionário é autoadministrável e engloba 12 dimensões da cultura de segurança, sendo elas: trabalho em equipe na unidade/serviço, expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança, aprendizagem organizacional/melhoria continuada, apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente, percepção de segurança, *feedback* e comunicação sobre erros, abertura para comunicação, frequência de eventos adversos notificados, trabalho em equipe entre unidades, dimensionamento de pessoal, problemas em mudança de turno e transição entre unidades/serviços e respostas não punitivas ao erro (ANDRADE *et al.*, 2017).

O instrumento avalia o grau de concordância dos profissionais sobre questões relativas à cultura de segurança, por meio de uma escala Likert de 0 a 4, cujas possibilidades de resposta variam entre discordo totalmente; discordo; nem concordo, nem discordo; concordo e concordo totalmente; ou nunca; quase nunca; às vezes; quase sempre e sempre (ANDRADE *et al.*, 2017).

Para esta análise, foram calculados os percentuais de respostas positivas das dimensões sobre cultura de segurança através da seguinte fórmula: % de respostas positivas da dimensão X = [número de respostas positivas da dimensão X/número total de respostas válidas aos itens da dimensão X (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)] x 100 (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

Respostas positivas referem-se às respostas em que os participantes assinalaram as opções 3 ou 4 (concordo totalmente/concordo ou sempre/ quase sempre) para as perguntas formuladas de forma positiva ou a opção 0 ou 1 (discordo totalmente/discordo ou nunca/quase nunca) para as perguntas formuladas negativamente. Respostas consideradas neutras são

aquelas em que se assinalou a opção 2 (nem discordo, nem concordo ou às vezes) para qualquer uma das perguntas do questionário. Respostas negativas referem-se às respostas em que foram assinaladas as opções 0 e 1 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) para as perguntas formuladas de forma positiva ou 3 e 4 (concordo, concordo totalmente ou quase sempre/sempre) para as perguntas formuladas negativamente (SORRA; NIEVA, 2004).

O percentual de respostas positivas representa uma reação positiva em relação à cultura de segurança e permite identificar áreas fortes e frágeis desse processo. Foram consideradas áreas fortes de segurança do paciente nas unidades de terapia intensiva aquelas dimensões cujos itens escritos positivamente obtiveram no mínimo 75% de respostas 3 ou 4 (concordo totalmente/ concordo ou sempre/quase sempre), ou aquelas cujos itens escritos negativamente obtiveram no mínimo 75% das respostas 0 ou 1 (discordo totalmente/discordo ou nunca/quase nunca). As áreas que mostram fragilidades foram representadas pelos itens que obtiveram 50% ou menos das respostas positivas citadas acima (SORRA; NIEVA, 2004).

4.6 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados teve início em fevereiro de 2020. Antes de iniciá-la, foi feito contato com os coordenadores das UTIs dos respectivos hospitais para solicitar a lista dos funcionários, com o nome e a categoria de todos os profissionais. A lista passou por um processo de codificação e posteriormente foram realizados sorteios dos números que definiam quem iria participar da pesquisa, sendo que as pessoas que sortearam os números não participaram do estudo.

Os questionários foram aplicados pela pesquisadora aos participantes da pesquisa em turnos e cargas horárias alternadas. Os profissionais elegíveis foram abordados durante os plantões e convidados a participar da pesquisa, com breve explicação sobre os objetivos do estudo, sigilo e anonimato. Ressalta-se que a abordagem aconteceu nos momentos em que o profissional não estava prestando assistência direta ao paciente. Dessa forma, ficou resguardada a segurança do paciente. Após o aceite do profissional para participar do estudo, foi-lhe solicitada a assinatura do TCLE em duas vias (uma para a pesquisadora e outra para o participante). Em seguida, foi entregue o envelope com o questionário para seu preenchimento.

Durante a coleta de dados, caso alguma falha nos processos de segurança do trabalho dos profissionais fosse detectada, a pesquisadora se comprometeu em comunicá-la ao coordenador da unidade e ao núcleo de segurança da respectiva instituição. Cabe ressaltar que

essas informações foram ofertadas de forma geral, resguardando o nome de todos os envolvidos, pois o objetivo era apenas a melhoria da prática assistencial.

4.7 Variáveis do estudo

Variável dependente: cultura de segurança, classificada como cultura de segurança forte para as dimensões que obtiveram um percentual de respostas positivas igual ou maior que 75% e cultura de segurança frágil para as dimensões que obtiveram um percentual de respostas positivas igual ou inferior a 50%.

Variáveis independentes: sexo, idade, categoria profissional (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem ou fisioterapeuta), tempo de atuação na UTI do referido hospital (setor), tempo de atuação na atual área (no caso deste trabalho, a terapia intensiva adulto), tempo de atuação na profissão, carga horária semanal na respectiva instituição.

4.8 Tratamento e análise dos dados

Após o término da coleta de dados, os resultados obtidos foram organizados em um banco de dados do *Microsoft Excel* 2016 que contemplava as 62 questões que compõem o questionário HSPSOC. Na análise descritiva das variáveis categóricas de caracterização, foram utilizadas as frequências absolutas e relativas. Já na descrição das variáveis numéricas de caracterização, foram utilizadas medidas de posição, tendência central e dispersão.

Para descrever e comparar os itens das dimensões, foram calculadas as frequências absolutas e relativas das respostas positivas/neutras e negativa. Posteriormente calculou-se o percentual de respostas positivas que cada dimensão teve para que fosse possível classificá-la como forte (igual ou superior a 75% de respostas positivas) ou fraca (igual ou inferior a 50% de respostas positivas).

A validade do constructo foi realizada pela análise fatorial, que tem como objetivo verificar a necessidade de exclusão de algum item que não estivesse contribuindo com a formação dos indicadores, uma vez que, de acordo com Hair et al. (2009), itens com cargas fatoriais menores que 0,50 devem ser eliminados dos constructos, pois, ao não contribuírem de forma relevante para formação dos mesmos, prejudicam o alcance das suposições básicas para validade e qualidade dos indicadores criados para representar o conceito de interesse. Na análise fatorial, foram criados indicadores que representaram as 12 dimensões do instrumento.

Para verificar a validade convergente, foi utilizado o critério da Variância Média Extraída (AVE) (FORNELL; LARCKER, 1981), sendo que o constructo atinge validade quando esse indicador for superior a 50% (HENSELER; RINGLE; SINKOVICS, 2009) ou 40% no caso de pesquisas exploratórias (NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994). Para mensurar a confiabilidade do instrumento, foi utilizado o Alfa de Cronbach (AC) e a Confiabilidade Composta (CC) (CHIN, 1988). Os indicadores AC ou CC devem ser maiores que 0,70 para uma indicação de confiabilidade do constructo (TENENHAUS *et al.*, 2005), sendo que, em pesquisas exploratórias, valores acima de 0,60 também são aceitos (HAIR JR *et al.*, 2009).

Para avaliar se a utilização da análise fatorial foi adequada aos dados da pesquisa, foi utilizada a medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que verifica a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis. Os valores dessa medida variam entre 0 e 1 e a utilização da análise fatorial é adequada aos dados quando o KMO for maior ou igual 0,50, sendo que quanto mais próximo de 1 mais apropriada é a amostra à aplicação da análise fatorial.

Para verificar a dimensionalidade dos constructos, foi utilizado o critério de Kaiser (HOYLE; DUVALL, 2004), que retorna à quantidade de dimensões do constructo. Cada indicador representa uma dimensão. Assim, na análise fatorial, os itens do mesmo indicador tinham valor idêntico (todos foram invertidos para positivo), de forma que, ao final, todos os indicadores se tornaram totalmente positivos. Destarte, a média estritamente menor que 2 evidenciou discordância em relação ao indicador (comportamento negativo), enquanto intervalos estritamente maiores que 2 indicaram concordância em relação ao indicador (comportamento positivo), os intervalos que continham o valor 2 evidenciaram uma postura de imparcialidade.

Com o intuito de comparar os escores dos indicadores em relação às variáveis categóricas, foram utilizados os testes de Mann-Whitney Kruskal-Wallis (HOLLANDER; WOLFE, 1999). Já para correlacionar os escores com as variáveis ordinais, foi utilizada a correlação de Spearman (HOLLANDER; WOLFE, 1999).

Antes da análise multivariada, foi implementado o método *Stepwise* (EFROYMSON, 1960) para seleção das variáveis. O método *Stepwise* é definido como uma mescla dos métodos *Backward* e *Forward*. Dessa forma, primeiramente, usando o método *Forward* (EFROYMSON, 1960), foram selecionadas as variáveis a partir da análise univariada. Sendo assim, as variáveis que apresentassem um valor-p inferior a 0,25 eram selecionadas para a análise multivariada. Posteriormente, a partir das variáveis selecionadas, foram ajustados modelos de Regressão Linear com erros padrões robustos e, nesses modelos, foi aplicado o

método Backward (EFROYMSON, 1960). Este método consiste em retirar, por vez, a variável de maior valor-p, repetindo o procedimento até que restem no modelo somente variáveis significativas. Para o método Backward, foi adotado um nível de 5% de significância.

Nos ajustes dos modelos, foi utilizada uma Regressão Linear com erros padrões robustos (WHITE, 1980) para a matriz de covariância dos coeficientes estimados. Em alguns modelos, é comum encontrar problemas de heterocedasticidade dos dados, o que induz a violação das suposições do modelo de regressão linear. Essa violação faz com que os erros-padrões não sejam estimados corretamente e gera estimativas inconsistentes no modelo. Quando isso ocorre, é necessário utilizar estimadores robustos para a matriz de covariância para que as estimativas sejam consistentes (WHITE, 1980). Para avaliar a qualidade dos ajustes das Regressões Lineares, utilizou-se o pseudo R^2 de Nagelkerke (1991).

O *software* utilizado nas análises foi o R (versão 3.4.4).

4.9 Aspectos éticos

Para a realização desta pesquisa, foi considerada a normatização prevista na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa com seres humanos, e a Norma Operacional 001/2013, que dispõe sobre a organização e o funcionamento do Sistema Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) / Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e sobre os procedimentos para submissão, avaliação e acompanhamento da pesquisa e de desenvolvimento envolvendo seres humanos no Brasil (BRASIL, 2012, 2013c).

A coleta de dados ocorreu apenas após a aprovação do projeto pelos Núcleos de Ensino e Pesquisa e Extensão (Nepes) dos quatro hospitais participantes do estudo e após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP UFMG).

5 RESULTADOS

5.1 Análise descritiva das variáveis categóricas e numéricas da amostra do estudo

A amostra do estudo se compôs de 168 profissionais que trabalhavam em unidades de terapia intensiva adulto de quatro hospitais de Belo Horizonte, sendo que a maioria dos participantes atuava no Hospital D (32,74%). No que se refere à função, a maior parte foram técnicos de enfermagem (46,43%), do sexo feminino (70,63%). Além disso, 98,21% da amostra atuavam na assistência direta ao paciente, conforme Tabela 1.

Ainda com relação à caracterização dos participantes, no que tange às variáveis numéricas, a idade média foi de 39,97 (\pm 8,03) anos, com tempo médio de atuação no setor (UTI do referido hospital) de 7,24 (\pm 5,76) anos e tempo de trabalho na atual área de atuação nove (\pm 6,46) anos. A média da carga horária semanal foi de 35,07 (\pm 12,77) horas e o número de notificações de eventos adversos anual foi de 2,95 (\pm 12,16) unidades, já a média do tempo de atuação profissional foi de 13,42 (\pm 7,14) anos, conforme Tabela 2. As Tabelas 1 e 2 abaixo detalham a análise descritiva das variáveis categóricas e numéricas relacionadas à caracterização da amostra respectivamente.

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis de caracterização categóricas da amostra, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

Variáveis		N	%
Hospitais	Hospital A	35	20,83
	Hospital B	50	29,76
	Hospital C	28	16,67
	Hospital D	55	32,74
Função	Enfermeiro	29	17,26
	Fisioterapeuta	26	15,48
	Médico	35	20,83
	Técnico de Enfermagem	78	46,43
Sexo	Feminino	113	70,63
	Masculino	47	29,38
No cargo/função atual existe interação ou contato direto com os pacientes?	Não	3	1,79
	Sim	165	98,21

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2 - Análise descritiva das variáveis de caracterização numéricas da amostra, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

Variáveis	N	Média	D.P.	Mín.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Máx.
Idade (anos)	165	39,97	8,03	24,00	34,00	39,00	45,00	60,00
Tempo de Atuação no setor (anos)	168	7,24	5,76	0,50	4,00	5,00	9,00	28,00
Tempo de trabalho na atual área/unidade (anos)	166	9,00	6,46	0,25	5,00	7,00	14,00	28,00
Carga horária semanal na instituição (horas)	166	35,07	12,77	12,00	30,00	36,00	40,00	120,00
Número de notificações de eventos adversos preenchidos nos últimos 12 meses (unidade)	151	2,95	12,16	-	-	-	1,00	100,00
Quanto tempo de atuação profissional (anos)	163	13,42	7,14	0,50	9,00	12,00	18,00	35,00

Fonte: Dados da pesquisa

5.2 Análise descritiva da cultura de segurança nas quatro Unidades de Terapia Intensiva

Os 42 itens sobre segurança do paciente que constam no instrumento HSOPSC e compõem as 12 dimensões do questionário passaram por uma análise descritiva, na qual se obtiveram as frequências absolutas e relativas de respostas positivas, negativas e neutras de cada dimensão, conforme detalhado na Tabela 3.

Tabela 3 – Avaliação das dimensões de cultura de segurança do paciente nas quatro unidades de terapia intensiva adulto. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020.

(Continua)

Dimensões	Item	Negativo		Neutro		Positivo	
		N	%	N	%	N	%
D1.Trabalho em equipe na unidade/serviço	1.Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras	25	15,34	30	18,40	108	66,26
	3.Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos, em equipe, para concluí-lo devidamente	17	10,24	34	20,48	115	69,28
	4.Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	14	8,54	23	14,02	127	77,44
	11.Quando alguém nesta unidade está sobrecarregado, recebe ajuda de seus colegas	21	12,88	30	18,40	112	68,71
	Total	-	11,74	-	17,84	-	70,43
D2-Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	19.O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	47	28,66	26	15,85	91	55,49
	20. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente	22	13,33	31	18,79	112	67,88
	i21.Sempre que a demanda aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	17	10,63	12	7,50	131	81,88
	i22. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	9	5,52	16	9,82	138	84,66
	Total	-	14,57	-	13,04	-	72,39
D3-Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	6. Estamos adotando medidas para melhorar a segurança do paciente	7	4,22	10	6,02	149	89,76
	9. Quando se identifica um erro na atenção ao paciente, adotamos medidas para preveni-lo	11	6,67	7	4,24	147	89,09
	13.Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos sua efetividade	27	16,56	26	15,95	110	67,48
	Total	-	9,11	-	8,70	-	82,19

(Continuação)

Dimensões	Item	Negativo		Neutro		Positivo	
		N	%	N	%	N	%
D4-Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	32. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	40	24,84	45	27,95	76	47,20
	39. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade	38	23,17	39	23,78	87	53,05
	i40. A direção do hospital só demonstra interesse na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	45	27,78	34	20,99	83	51,23
	Total	-	25,26	-	24,23	-	50,51
D5-Percepção de segurança	i10. Aqui não acontecem mais erros graves porque temos sorte	12	7,45	11	6,83	138	85,71
	15. A segurança do paciente nunca é comprometida em decorrência de maior quantidade de trabalho	121	73,78	16	9,76	27	16,46
	i17. Nesta unidade, temos problemas de segurança do paciente	72	43,64	27	16,36	66	40,00
	18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	37	22,02	35	20,83	96	57,14
	Total	-	36,78	-	13,53	-	49,70
D6-Feedback e comunicação sobre erros	23. Somos informados sobre mudanças implementadas em decorrência de notificação de eventos	28	17,07	50	30,49	86	52,44
	25. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	35	21,47	61	37,42	67	41,10
	27. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros a fim de evitar que eles se repitam	26	15,85	47	28,66	91	55,49
	Total	-	18,13	-	32,18	-	49,69

(Continuação)

Dimensões	Item	Negativo		Neutro		Positivo	
		N	%	N	%	N	%
D7-Abertura para comunicação	24.Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente	9	5,42	33	19,88	124	74,70
	26.Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores	35	21,60	61	37,65	66	40,74
	i28. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	22	13,50	60	36,81	81	49,69
	Total	-	13,44	-	31,36	-	55,19
D8-Frequência de eventos notificados	29.Notificam-se os erros que foram corrigidos antes de afetar o paciente?	29	19,73	38	25,85	80	54,42
	30.Os erros que não representam risco de dano ao paciente são notificados com que frequência?	39	26,90	45	31,03	61	42,07
	31.Os erros que poderiam causar dano ao paciente, mas não causaram, são notificados com que frequência?	30	20,13	49	32,89	70	46,98
	Total	-	22,22	-	29,93	-	47,85
D9-Trabalho em equipe entre unidades	i33.As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	62	39,74	37	23,72	57	36,54
	35.Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	49	30,25	51	31,48	62	38,27
	i37. Muitas vezes, é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	19	12,34	35	22,73	100	64,94
	41. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto, para prestar o melhor cuidado aos pacientes	34	21,25	41	25,63	85	53,13
	Total	-	25,95	-	25,95	-	48,10

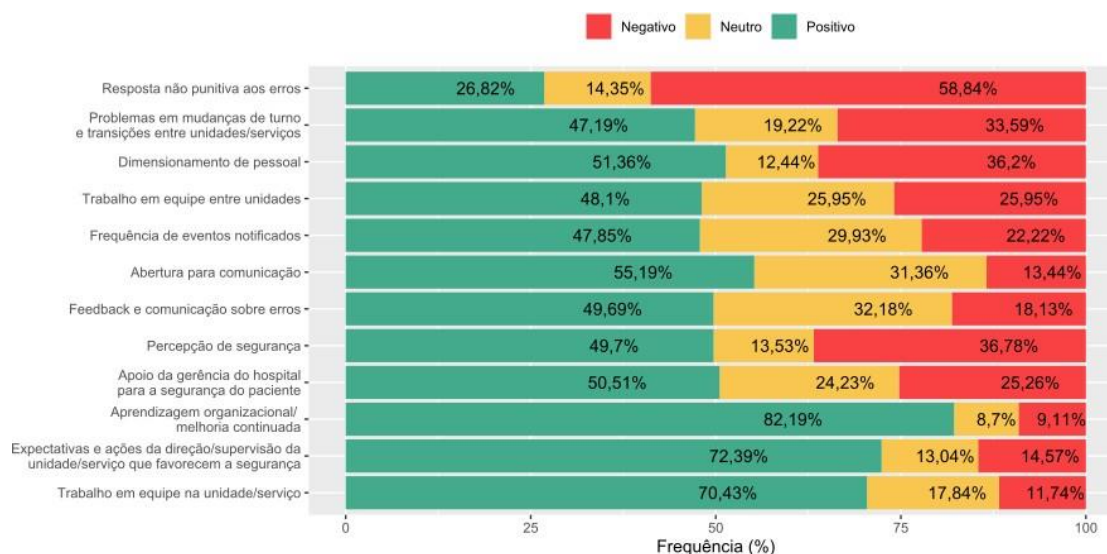
		(Conclusão)					
Dimensões	Item	Negativo		Neutro		Positivo	
		N	%	N	%	N	%
D10-Dimensionamento de pessoal	2.Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho	83	49,70	18	10,78	66	39,52
	i5.Às vezes, não se proporciona o melhor cuidado para o paciente porque a carga de trabalho é excessiva	82	50,00	15	9,15	67	40,85
	i7.A quantidade de profissional temporário/terceirizado é excessiva, prejudicando o cuidado do paciente	12	8,96	13	9,70	109	81,34
	i14.Nós trabalhamos sob pressão tentando fazer muito e rápido.	50	30,86	32	19,75	80	49,38
	Total	-	36,20	-	12,4	-	51,3
D11: Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	i34.O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido para outros setores do hospital	68	42,24	35	21,74	58	36,02
	i36.É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	61	36,75	29	17,47	76	45,78
	i38.Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	65	43,92	31	20,95	52	35,14
	i42.Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	21	12,73	28	16,97	116	70,30
	Total	-	33,59	-	19,22	-	47,19
D12-Resposta não punitiva aos erros	i8.Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	101	63,92	23	14,56	34	21,52
	i12.Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	72	44,72	24	14,91	65	40,37
	i16.Os profissionais temem que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	110	67,90	22	13,58	30	18,52
	Total	-	58,84	-	14,35	-	26,82

Fonte: Dados da pesquisa

D: dimensão; i: inversão.

Os resultados da Tabela 3 mostram que, das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente avaliadas pelo HSOPSC, para as quatro UTIs, apenas uma foi considerada forte, “Aprendizagem organizacional/melhoria continuada”, com 82,19% de respostas positivas. As dimensões: “Percepção de segurança”, “*Feedback* e comunicação sobre erros”, “Trabalho em equipe entre unidades”, “Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços”, “Frequência de eventos notificados” e “Resposta não punitiva aos erros” apresentaram um resultado insatisfatório de respostas positivas igual ou inferior a 50% o que as caracteriza como áreas fracas. A dimensão “Resposta não punitiva aos erros” foi a mais mal avaliada, com 26,82% de respostas positivas, e a dimensão “Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente” obteve um valor marginalmente próximo ao limite de ser considerada uma área frágil (50,51%). O Gráfico 1 abaixo ilustra separadamente a porcentagem de respostas positivas, neutras e negativas de cada dimensão.

Gráfico 1 - Percentual de respostas consideradas positivas/neutras e negativas para cada dimensão nos Hospitais A, B, C e D, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

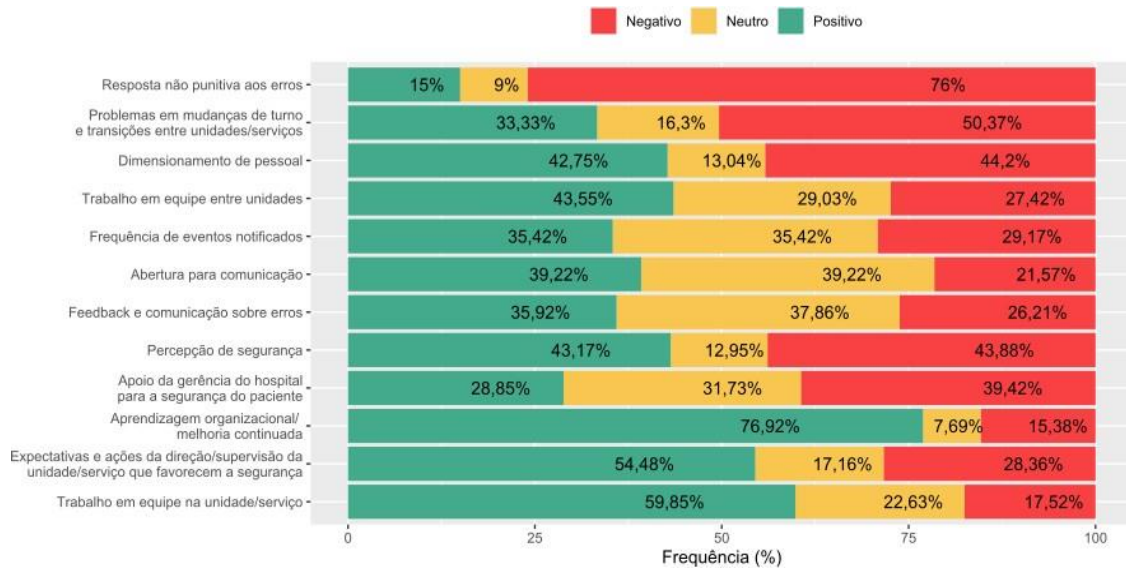


Fonte: Dados da pesquisa.

A seguir, apresentam-se os gráficos que correspondem a cada hospital por dimensões. O Gráfico 2 ilustra os dados obtidos no Hospital A. Observa-se que a única dimensão que obteve o percentual de respostas positivas acima ou igual a 75% foi “Aprendizagem organizacional/melhoria continuada”, com 76,92% de respostas positivas. Portanto, nesta instituição, essa dimensão é considerada forte. Por outro lado, a dimensão que apresentou maior fragilidade foi “Resposta não punitiva aos erros”, com apenas 15% de respostas positivas. A dimensão “Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente” mostrou-se também

bastante fragilizada, com 28,85% de respostas positivas.

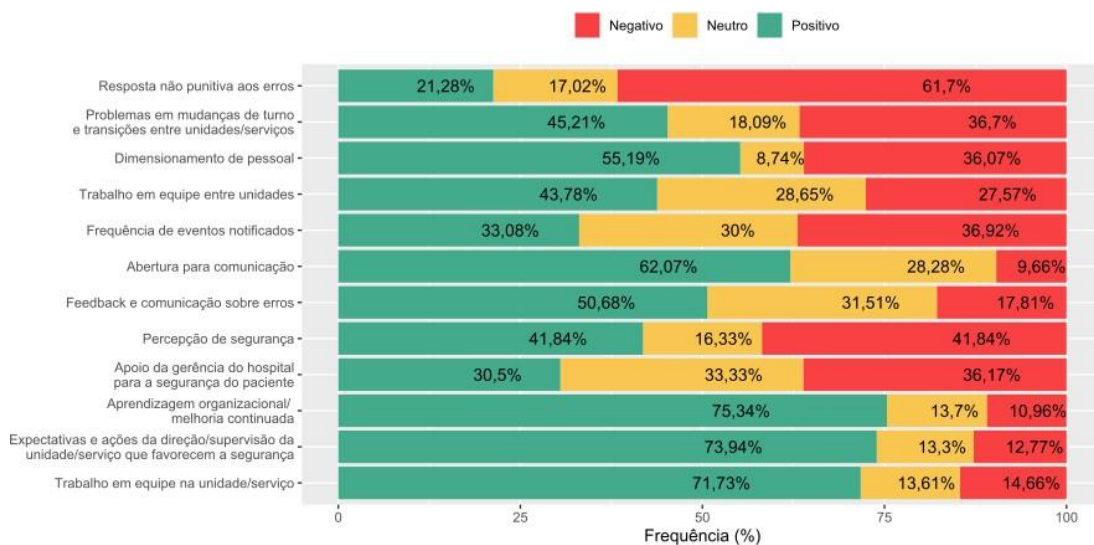
Gráfico 2 - Percentual de respostas positivas, neutras e negativas para cada dimensão no Hospital A, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.



Fonte: Dados da pesquisa.

No Gráfico 3, identifica-se que, no Hospital B, a dimensão “Aprendizagem organizacional/melhoria continuada” foi a única considerada forte, com percentual de respostas positivas de 75,34%. A dimensão “Resposta não punitiva aos erros” obteve o pior desempenho em relação às outras dimensões, com um percentual de apenas 21,28% de respostas positivas. A dimensão “Frequência de eventos notificados” indicou ainda uma frequência baixa de notificação de eventos adversos no setor (33,08%).

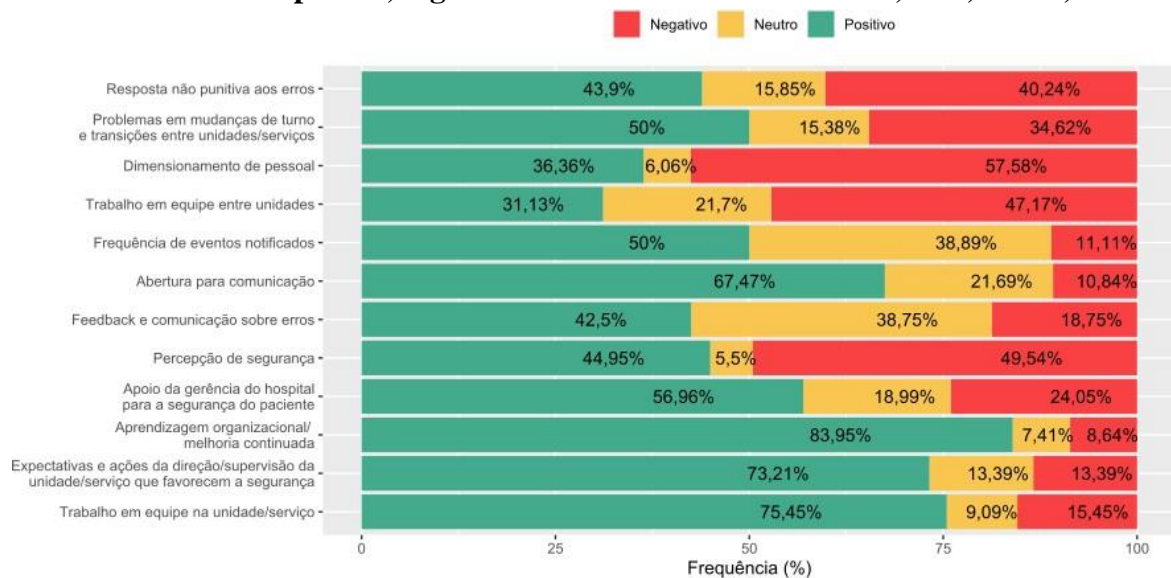
Gráfico 3 – Percentual de respostas consideradas positivas, neutras e negativas para cada dimensão no Hospital B, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.



Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados obtidos no Hospital C encontram-se descritos no Gráfico 4. As dimensões “Aprendizagem organizacional/melhoria continuada” e “Trabalho em equipe na unidade/serviço” foram classificadas como fortes, com um percentual de respostas positivas de 83,95% e 75,45% respectivamente. A dimensão mais mal avaliada nesta instituição foi “Trabalho em equipe entre unidades”, com apenas 31,13% de respostas positivas.

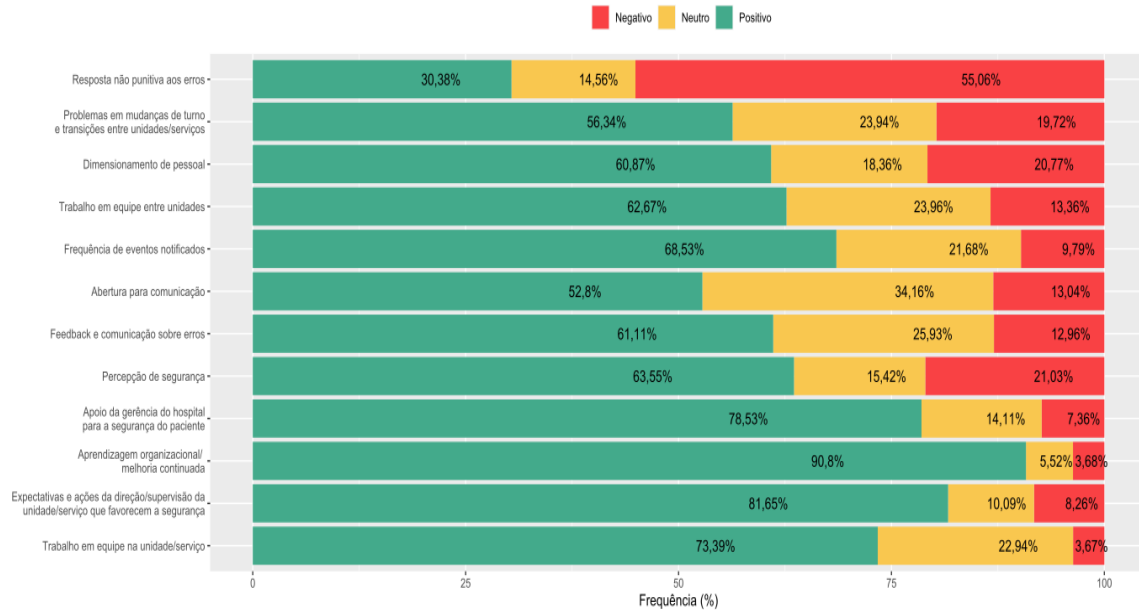
Gráfico 4 - Percentual de respostas consideradas positivas/neutras e negativas para cada dimensão no Hospital C, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.



Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 5 apresenta os resultados obtidos no Hospital D. As dimensões “Aprendizagem organizacional/melhoria continuada”, “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança” e “Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente” foram classificadas como fortes e obtiveram um percentual de 90,80%, 81,65%, e 78,53% respectivamente. A única dimensão que mostrou um desempenho fraco nessa instituição foi “Resposta não punitiva aos erros”, com apenas 30,38% de respostas positivas.

Gráfico 5 - Percentual de respostas consideradas positivas/neutras e negativas para cada dimensão no Hospital D, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.



Fonte: Dados da pesquisa.

5.3 Análise descritiva do percentual de respostas positivas encontradas nas doze dimensões entre os hospitais A, B, C e D.

Na Tabela 4, são apresentadas as frequências absolutas e relativas apenas das respostas positivas dos quatro hospitais, por dimensão.

Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa de respostas positivas para cada dimensão no Hospital A, B, C e D, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

Dimensão	Hospital A		Hospital B		Hospital C		Hospital D	
	Positivo		Positivo		Positivo		Positivo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
D1-Trabalho em equipe na unidade/serviço	82	59,85	137	71,73	83	75,45	160	73,39
D2-Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	73	54,48	139	73,94	82	73,21	178	81,65
D3-Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	80	76,92	110	75,34	68	83,95	148	90,80
D4-Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	30	28,85	43	30,50	45	56,96	128	78,53
D5-Percepção de segurança	60	43,17	82	41,84	49	44,95	136	63,55
D6-Feedback e comunicação sobre erros	37	35,92	74	50,68	34	42,50	99	61,11
D7-Abertura para comunicação	40	39,22	90	62,07	56	67,47	85	52,80
D8-Frequência de eventos notificados	34	35,42	43	33,08	36	50,00	98	68,53
D9-Trabalho em equipe entre unidades	54	43,55	81	43,78	33	31,13	136	62,67
D10-Dimensionamento de pessoal	59	42,75	101	55,19	36	36,36	126	60,87
D11-Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	45	33,33	85	45,21	52	50,00	120	56,34
D12-Resposta não punitiva aos erros	15	15,00	30	21,28	36	43,90	48	30,38

Fonte: Dados da pesquisa.

D: dimensão.

Identifica-se que a dimensão “Aprendizagem organizacional/melhoria continuada” foi classificada como forte nas quatro instituições. A dimensão “Trabalho em equipe na unidade/serviço” foi considerada forte apenas no Hospital C. As dimensões “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/ serviço que favorecem a segurança” e “Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente” foram classificadas como fortes apenas no Hospital D.

A única dimensão classificada como fraca em todos os hospitais participantes da pesquisa foi a “Resposta não punitiva aos erros”. No entanto, o Hospital A apresentou o resultado mais crítico, com um percentual de apenas 15 % de respostas positivas.

5.4 Análise fatorial das dimensões

As Tabelas 5 e 6 ilustram a análise fatorial de todas as dimensões. Inicialmente, criaram-se indicadores que representaram cada uma das dimensões e todas obtiveram valor positivo ao final da análise. Portanto, para se constatar uma postura positiva nesses constructos, os

respondentes devem ter assinalado preferencialmente as opções 3 e 4 (concordo totalmente / concordo ou sempre / quase sempre) na análise univariada (média acima de 2) ou, na análise multivariada, deve acontecer um aumento significativo em unidades quando comparadas à variável fixa. Respostas que se mantiverem no valor 2 indicam imparcialidade.

Tabela 5 - Análise fatorial das dimensões segundo HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

(Continua)

Dimensão	Item	Modelo inicial			Modelo final		
		C.F. ¹	Com. ²	Peso	C.F. ¹	Com. ²	Peso
Trabalho em equipe na unidade/serviço	I.1 Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras	0,79	0,62	0,36	0,79	0,62	0,36
	I.3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos, em equipe, para concluí-lo devidamente	0,80	0,65	0,36	0,80	0,65	0,36
	I.4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	0,64	0,41	0,29	0,64	0,41	0,29
	I.11. Quando alguém nesta unidade está sobrecarregado, recebe ajuda de seus colegas	0,72	0,52	0,33	0,72	0,52	0,33
Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	I.19. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	0,75	0,57	0,35	0,75	0,57	0,35
	I.20. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente.	0,78	0,61	0,36	0,78	0,61	0,36
	I. 21-i. Sempre que a demanda aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	0,74	0,55	0,34	0,74	0,55	0,34
	I.22-i. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	0,67	0,44	0,31	0,67	0,44	0,31
Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	I.6. Estamos adotando medidas para melhorar a segurança do paciente	0,73	0,54	0,42	0,73	0,54	0,42
	I.9. Quando se identifica um erro na atenção ao paciente, adotamos medidas para preveni-lo	0,81	0,66	0,47	0,81	0,66	0,47
	I.13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos sua efetividade	0,73	0,53	0,42	0,73	0,53	0,42

(Continuação)

Dimensão	Item	Modelo inicial			Modelo final		
		C.F. ¹	Com. ²	Peso	C.F. ¹	Com. ²	Peso
Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	I.32. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	0,80	0,65	0,40	0,80	0,65	0,40
	I.39. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade	0,85	0,73	0,42	0,85	0,73	0,42
	I.40-i. A direção do hospital só demonstra interesse na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	0,80	0,64	0,40	0,80	0,64	0,40
Percepção de segurança	I.10 -i. Aqui não acontecem mais erros graves porque temos sorte	0,67	0,45	0,35	0,67	0,45	0,35
	I.15. A segurança do paciente nunca é comprometida em decorrência de maior quantidade de trabalho	0,60	0,36	0,31	0,60	0,36	0,31
	I.17-i. Nesta unidade, temos problemas de segurança do paciente	0,76	0,58	0,39	0,76	0,58	0,39
	I.18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	0,74	0,55	0,38	0,74	0,55	0,38
Feedback e comunicação sobre erros	I.23. Somos informados sobre mudanças implementadas em decorrência de notificação de eventos	0,81	0,66	0,43	0,81	0,66	0,43
	I.25. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	0,82	0,68	0,43	0,82	0,68	0,43
	I.27. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros a fim de evitar que eles se repitam	0,75	0,57	0,40	0,75	0,57	0,40
Abertura para comunicação	I.24. Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente	0,84	0,70	0,48	0,84	0,70	0,48
	I.26. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores	0,78	0,60	0,45	0,78	0,60	0,45
	I.28-i. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	0,65	0,43	0,38	0,65	0,43	0,38

(Continuação)

Dimensão	Item	Modelo inicial			Modelo final		
		C.F. ¹	Com. ²	Peso	C.F. ¹	Com. ²	Peso
Frequência de eventos notificados	I.29. Notificam-se os erros que foram corrigidos antes de afetar o paciente?	0,91	0,83	0,36	0,91	0,83	0,36
	I.30. Os erros que não representam risco de dano ao paciente são notificados com que frequência?	0,94	0,89	0,37	0,94	0,89	0,37
	I.31. Os erros que poderiam causar dano ao paciente, mas não causaram, são notificados com que frequência?	0,91	0,83	0,36	0,91	0,83	0,36
Trabalho em equipe entre unidades	I.33-i. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	0,68	0,46	0,32	0,68	0,46	0,32
	I.35. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	0,80	0,64	0,37	0,80	0,64	0,37
	I.37-i. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	0,64	0,41	0,30	0,64	0,41	0,30
	I.41. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto, para prestar o melhor cuidado aos pacientes	0,80	0,64	0,37	0,80	0,64	0,37
Dimensionamento de pessoal	I.2. Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho	0,70	0,49	0,45	0,71	0,50	0,46
	I.5-i. Às vezes, não se proporciona o melhor cuidado para o paciente porque a carga de trabalho é excessiva	0,75	0,56	0,49	0,75	0,56	0,49
	I.7-i. A quantidade de profissional temporário/terceirizado é excessiva, prejudicando o cuidado do paciente	0,08	0,01	0,05		-	
	I.14-i. Nós trabalhamos sob pressão, tentando fazer muito e rápido.	0,70	0,48	0,45	0,68	0,47	0,45

(Conclusão)

Dimensão	Item	Modelo inicial			Modelo final		
		C.F. ¹	Com. ²	Peso	C.F. ¹	Com. ²	Peso
Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	I.34-i. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido para outros setores do hospital	0,73	0,54	0,35	0,73	0,54	0,35
	I.36-i. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	0,72	0,51	0,34	0,72	0,51	0,34
	I.38-i. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	0,74	0,54	0,35	0,74	0,54	0,35
	I.42-i. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	0,72	0,52	0,34	0,72	0,52	0,34
Resposta não punitiva aos erros	I.8-i. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	0,77	0,60	0,45	0,77	0,60	0,45
	I.12-i. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	0,68	0,47	0,39	0,68	0,47	0,39
	I.16-i. Os profissionais temem que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	0,82	0,67	0,47	0,82	0,67	0,47

Fonte: Dados da pesquisa

¹Carga Fatorial; ²Comunalidades.

O único item retirado foi a “Pergunta 7 – da dimensão “Dimensionamento de Pessoal” A quantidade de profissionais temporários/terceirizados é excessiva, prejudicando o cuidado do paciente?”, uma vez que apresentou carga fatorial abaixo de 0,50 no modelo inicial. Analisando o modelo final, todos os outros itens apresentaram carga fatorial acima de 0,50. Além disso, todas as dimensões apresentaram validação convergente ($AVE > 0,40$), Alfa de Cronbach (AC) ou Confiabilidade Composta (CC) acima de 0,60. Em todos os constructos, o ajuste da Análise Fatorial foi adequado, uma vez que todos os KMOs foram maiores que 0,50 e todas as dimensões foram unidimensionais pelo critério de Kaiser.

Tabela 6 – Validação das dimensões, segundo HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

Dimensão	Itens	AVE ¹	A.C. ²	C.C. ³	KMO ⁴	Dim. ⁵
Trabalho em equipe na unidade/serviço	4	0,55	0,73	0,76	0,73	1
Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	4	0,54	0,71	0,75	0,69	1
Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	3	0,58	0,62	0,72	0,63	1
Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	3	0,67	0,75	0,78	0,68	1
Percepção de segurança	4	0,48	0,64	0,72	0,69	1
Feedback e comunicação sobre erros	3	0,63	0,71	0,76	0,67	1
Abertura para comunicação	3	0,58	0,63	0,73	0,60	1
Frequência de eventos notificados	3	0,85	0,91	0,90	0,74	1
Trabalho em equipe entre unidades	4	0,54	0,71	0,75	0,71	1
Dimensionamento de pessoal	3	0,51	0,52	0,67	0,61	1
Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	4	0,53	0,70	0,74	0,64	1
Resposta não punitiva aos erros	3	0,58	0,63	0,72	0,62	1

Fonte: Dados da pesquisa

¹Variância Extraída; ²Alfa de Cronbach; ³Confiabilidade Composta; ⁴Adequação da amostra; ⁵Dimensionalidade.

5.5 Associação das variáveis independentes com as dimensões do instrumento de cultura de segurança HSPOSC: análise univariada

As tabelas a seguir ilustram a associação das dimensões do instrumento HSPSOC com as variáveis independentes. Para essa análise, utilizaram-se os mesmos indicadores do quadro de análise fatorial (Tabela 5 e 6) que representam esses constructos.

Na análise univariada, todas as variáveis que obtiveram um valor de p inferior a 0,25 foram selecionadas para a análise multivariada. Na Tabela 7, todos os indicadores apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os quatro hospitais ($p < 0,25$). Por esse motivo, todos foram ajustados ao modelo de regressão linear com erros padrões robustos na análise multivariada.

Tabela 7 – Associação da variável hospital com as dimensões, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

Indicadores	Hospitais	N	Média	E.P.	1º Q.	2º Q.	3º Q.	Valor-p¹
Trabalho em equipe na unidade/serviço	Hospital D	55	2,83	0,07	2,49	2,97	3,00	0,069
	Hospital C	28	2,81	0,15	2,26	3,00	3,27	
	Hospital B	50	2,69	0,10	2,28	2,73	3,21	
	Hospital A	35	2,49	0,11	1,99	2,57	2,99	
Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	Hospital D	55	2,99	0,08	2,74	3,00	3,48	0,001
	Hospital C	28	2,94	0,15	2,47	2,86	3,74	
	Hospital B	50	2,77	0,09	2,48	2,75	3,00	
	Hospital A	35	2,28	0,16	1,73	2,22	3,00	
Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	Hospital D	55	3,17	0,07	3,00	3,00	3,32	0,006
	Hospital C	28	3,04	0,13	2,52	3,16	3,68	
	Hospital B	50	2,78	0,09	2,36	3,00	3,03	
	Hospital A	35	2,78	0,11	2,36	3,00	3,18	
Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	Hospital D	55	2,79	0,08	2,66	3,00	3,00	<0,001
	Hospital C	28	2,33	0,15	1,84	2,36	3,00	
	Hospital B	50	1,96	0,11	1,33	1,86	2,51	
	Hospital A	35	1,84	0,15	1,16	1,98	2,54	
Percepção de segurança (indicador negativo)	Hospital D	55	1,42	0,06	1,17	1,40	1,78	<0,001
	Hospital C	28	1,95	0,15	1,40	1,73	2,53	
	Hospital B	50	1,96	0,09	1,40	1,96	2,46	
	Hospital A	35	2,02	0,13	1,43	1,98	2,43	
<i>Feedback</i> e comunicação sobre erros	Hospital D	55	2,83	0,13	2,33	2,91	3,66	0,009
	Hospital C	28	2,50	0,17	1,83	2,30	3,32	
	Hospital B	50	2,53	0,11	1,95	2,66	3,02	
	Hospital A	35	2,20	0,14	1,66	2,34	2,67	
Abertura para comunicação	Hospital D	55	2,70	0,11	2,05	2,74	3,30	0,008
	Hospital C	28	3,07	0,16	2,24	3,34	3,69	
	Hospital B	50	2,89	0,09	2,37	2,99	3,37	
	Hospital A	35	2,35	0,16	1,97	2,37	3,00	
Frequência de eventos notificados	Hospital D	55	2,92	0,13	2,33	3,00	4,00	<0,001
	Hospital C	28	2,57	0,17	2,00	2,44	3,16	
	Hospital B	50	2,05	0,13	1,33	2,00	2,44	
	Hospital A	35	2,16	0,17	1,33	2,33	2,66	
Trabalho em equipe entre unidades	Hospital D	55	2,52	0,08	2,25	2,53	3,00	<0,001
	Hospital C	28	1,88	0,16	1,25	1,85	2,28	
	Hospital B	50	2,18	0,10	1,71	2,22	2,53	
	Hospital A	35	2,14	0,11	1,77	2,22	2,62	
Dimensionamento de pessoal (indicador negativo)	Hospital D	55	1,62	0,11	1,00	1,37	2,32	<0,001
	Hospital C	28	2,66	0,16	2,16	2,66	3,19	
	Hospital B	50	1,93	0,12	1,34	2,00	2,60	
	Hospital A	35	2,38	0,13	1,69	2,36	3,01	
Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços (indicador negativo)	Hospital D	55	1,58	0,08	1,00	1,51	2,01	0,001
	Hospital C	28	1,77	0,15	1,25	1,91	2,38	
	Hospital B	50	1,86	0,10	1,35	2,00	2,25	
	Hospital A	35	2,23	0,14	1,76	2,25	2,75	

Indicadores	Hospitais	N	Média	E.P.	1º Q.	2º Q.	(Conclusão)	
							3º Q.	Valor-p ¹
Resposta não punitiva aos erros (indicador negativo)	Hospital D	55	2,35	0,11	1,92	2,40	2,76	0,002
	Hospital C	28	1,88	0,19	1,04	2,07	2,40	
	Hospital B	50	2,48	0,11	2,00	2,66	3,00	
	Hospital A	35	2,82	0,11	2,29	2,74	3,07	

Fonte: Dados da pesquisa.

¹Teste de Kruskal-Wallis.

A Tabela 8 descreve a associação entre as dimensões e as classes profissionais dos participantes. As dimensões “Trabalho em equipe na unidade/serviço”, “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança”, “Aprendizagem organizacional/melhoria continuada”, “Percepção de Segurança”, “Abertura para comunicação”, “Dimensionamento de Pessoal”, “Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços” e “Resposta não punitiva aos erros” apresentaram uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,25$) com a categoria profissional e por isso foram ajustadas ao modelo de regressão linear com erros padrões robustos na análise multivariada.

Tabela 8 - Associação da variável classe profissional com os indicadores, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

								(Continua)
Dimensões	Classe Profissional	N	Média	E.P.	1º Q.	2º Q.	3º Q.	Valor-p ¹
Trabalho em equipe na unidade/serviço	Enfermeiro	29	2,75	0,12	2,32	2,78	3,00	0,009
	Fisioterapeuta	26	2,51	0,11	2,21	2,50	2,78	
	Médico	35	3,00	0,10	2,65	3,00	3,27	
	Técnico de Enfermagem	78	2,64	0,08	2,20	2,73	3,00	
Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	Enfermeiro	29	2,60	0,15	1,99	2,51	3,22	0,014
	Fisioterapeuta	26	2,98	0,14	2,49	2,87	3,74	
	Médico	35	3,06	0,11	2,74	3,00	3,49	
	Técnico de Enfermagem	78	2,64	0,09	2,19	2,74	3,22	
Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	Enfermeiro	29	2,95	0,14	2,36	3,00	3,64	0,145
	Fisioterapeuta	26	2,76	0,12	2,32	2,86	3,32	
	Médico	35	2,82	0,13	2,68	3,00	3,32	
	Técnico de Enfermagem	78	3,08	0,06	3,00	3,00	3,32	
Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	Enfermeiro	29	2,13	0,16	1,65	2,00	3,00	0,753
	Fisioterapeuta	26	2,39	0,17	1,65	2,68	3,00	
	Médico	35	2,23	0,15	1,67	2,35	3,00	
	Técnico de Enfermagem	78	2,30	0,10	1,68	2,35	3,00	
Percepção de segurança (indicador negativo)	Enfermeiro	29	2,02	0,15	1,25	1,97	2,52	0,095
	Fisioterapeuta	26	1,67	0,13	1,00	1,58	2,22	
	Médico	35	1,95	0,12	1,39	1,97	2,38	
	Técnico de Enfermagem	78	1,68	0,07	1,22	1,50	1,98	
<i>Feedback</i> e comunicação sobre erros	Enfermeiro	29	2,49	0,18	1,99	2,36	3,32	0,983
	Fisioterapeuta	26	2,50	0,19	2,21	2,34	3,32	
	Médico	35	2,61	0,14	1,96	2,66	3,32	
	Técnico de Enfermagem	78	2,57	0,10	1,97	2,63	3,31	
Abertura para comunicação	Enfermeiro	29	2,96	0,12	2,66	3,08	3,42	0,030
	Fisioterapeuta	26	2,58	0,17	2,00	2,57	3,32	
	Médico	35	3,01	0,12	2,37	3,32	3,64	
	Técnico de Enfermagem	78	2,60	0,10	2,00	2,68	3,24	
Frequência de eventos notificados	Enfermeiro	29	2,36	0,21	1,33	2,44	3,00	0,648
	Fisioterapeuta	26	2,70	0,17	2,00	2,55	3,32	
	Médico	35	2,25	0,14	1,83	2,44	2,84	
	Técnico de Enfermagem	78	2,48	0,12	1,99	2,33	3,34	
Trabalho em equipe entre unidades	Enfermeiro	29	2,03	0,15	1,53	2,22	2,73	0,574
	Fisioterapeuta	26	2,33	0,13	1,77	2,30	2,97	
	Médico	35	2,23	0,12	1,74	2,29	2,76	
	Técnico de Enfermagem	78	2,28	0,08	1,90	2,25	2,69	

								(Conclusão)
Dimensões	Classe Profissional	N	Média	E.P.	1º Q.	2º Q.	3º Q.	Valor-p ¹
Dimensionamento de pessoal (indicador negativo)	Enfermeiro	29	2,48	0,16	1,96	2,35	3,00	0,067
	Fisioterapeuta	26	1,84	0,18	1,00	1,83	2,37	
	Médico	35	1,93	0,15	1,02	2,00	2,68	
	Técnico de Enfermagem	78	2,01	0,10	1,38	2,01	2,60	
Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços (indicador negativo)	Enfermeiro	29	2,08	0,14	1,76	2,01	2,51	0,007
	Fisioterapeuta	26	1,53	0,11	1,00	1,63	2,00	
	Médico	35	2,03	0,13	1,38	2,01	2,63	
	Técnico de Enfermagem	78	1,75	0,08	1,25	1,78	2,25	
Resposta não punitiva aos erros (indicador negativo)	Enfermeiro	29	2,29	0,16	2,10	2,44	2,76	0,191
	Fisioterapeuta	26	2,22	0,20	1,66	2,40	2,76	
	Médico	35	2,32	0,13	1,72	2,40	2,73	
	Técnico de Enfermagem	78	2,56	0,09	2,10	2,70	3,00	

Fonte: Dados da pesquisa.

¹Teste de Kruskal-Wallis.

A Tabela 9 detalha a associação estatisticamente significativa ($p < 0,25$) entre a variável sexo e as dimensões “Trabalho em equipe na unidade/serviço”, “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança”, “Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente”, “Percepção de segurança”, “Frequência de eventos notificados”, “Dimensionamento de pessoal”, “Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços ” e “Resposta não punitiva aos erros”. Posteriormente essas variáveis foram ajustadas ao modelo de regressão da análise multivariada dos indicadores supracitados.

Tabela 9 – Associação da variável sexo quanto às dimensões do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

Dimensões	Sexo	N	Média	E.P.	1º Q.	2º Q.	3º Q.	Valor-p ¹
Trabalho em equipe na unidade/serviço	Feminino	113	2,64	0,06	2,22	2,73	3,00	0,057
	Masculino	47	2,85	0,09	2,48	3,00	3,22	
Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	Feminino	113	2,72	0,07	2,24	2,74	3,23	0,130
	Masculino	47	2,88	0,11	2,50	3,00	3,25	
Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	Feminino	113	2,93	0,06	2,68	3,00	3,32	0,733
	Masculino	47	2,93	0,10	2,68	3,00	3,32	
Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	Feminino	113	2,36	0,08	1,74	2,41	3,00	0,031
	Masculino	47	2,04	0,13	1,34	2,00	2,68	
Percepção de segurança (indicador negativo)	Feminino	113	1,74	0,07	1,19	1,74	2,19	0,097
	Masculino	47	1,95	0,11	1,40	1,97	2,48	
<i>Feedback</i> e comunicação sobre erros	Feminino	113	2,54	0,08	2,00	2,36	3,32	0,630
	Masculino	47	2,60	0,13	1,82	2,97	3,32	
Abertura para comunicação	Feminino	113	2,70	0,08	2,05	2,74	3,32	0,477
	Masculino	47	2,80	0,12	2,33	2,85	3,42	
Frequência de eventos notificados	Feminino	113	2,48	0,09	2,00	2,44	3,00	0,134
	Masculino	47	2,22	0,16	1,33	2,10	3,00	
Trabalho em equipe entre unidades	Feminino	113	2,21	0,07	1,71	2,23	2,73	0,933
	Masculino	47	2,22	0,10	1,77	2,27	2,71	
Dimensionamento de pessoal (indicador negativo)	Feminino	113	2,18	0,08	1,63	2,30	2,69	0,031
	Masculino	47	1,84	0,12	1,03	1,99	2,36	
Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços (indicador negativo)	Feminino	113	1,81	0,07	1,25	1,78	2,25	0,163
	Masculino	47	1,98	0,11	1,51	2,01	2,50	
Resposta não punitiva aos erros (indicador negativo)	Feminino	113	2,32	0,08	2,00	2,40	3,00	0,088
	Masculino	47	2,56	0,13	1,83	2,70	3,00	

Fonte: Dados da pesquisa.

¹Teste de Mann-Whitney.

A Tabela 10 descreve a correlação das dimensões do HSOPSC com a idade em anos e o tempo de atuação no setor. No caso da variável idade, houve associação significativa ($p < 0,25$) para prosseguir na análise multivariada nos seguintes indicadores: “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança”, “Aprendizagem organizacional/melhoria continuada”, “Percepção de segurança”, “*Feedback* e comunicação sobre erros” e “Trabalho em equipe entre unidades” e “Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços”.

No que se refere ao tempo de atuação no setor, as dimensões “Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente”, “Percepção de segurança”, “Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços” apresentaram uma correlação significativa ($p < 0,25$).

Tabela 10 - Correlação entre a idade (anos) e tempo de atuação no setor (anos) e as dimensões, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

Dimensões	Idade (anos)		Tempo de Atuação no Setor (anos)	
	r ¹	Valor-p	r ¹	Valor-p
Trabalho em equipe na unidade/serviço	0,05	0,531	0,09	0,273
Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	-0,14	0,078	-0,03	0,713
Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	-0,13	0,090	-0,05	0,546
Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	-0,06	0,456	-0,17	0,033
Percepção de segurança (indicador negativo)	0,18	0,021	0,17	0,032
Feedback e comunicação sobre erros	-0,13	0,109	-0,05	0,547
Abertura para comunicação	0,01	0,921	0,02	0,772
Frequência de eventos notificados	-0,05	0,277	-0,04	0,617
Trabalho em equipe entre unidades	-0,12	0,133	-0,04	0,567
Dimensionamento de pessoal (indicador negativo)	0,03	0,686	0,01	0,915
Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços (indicador negativo)	0,11	0,175	0,17	0,032
Resposta não punitiva aos erros (indicador negativo)	0,08	0,294	0,12	0,133

Fonte: Dados da pesquisa

¹ Correlação de Spearman.

5.6 Associação das variáveis independentes com as dimensões do instrumento de cultura de segurança HSPOSC: análise multivariada

Todas as variáveis que obtiveram um valor de p inferior a 0,25 na análise univariada foram selecionadas para a análise multivariada e ajustadas para o modelo de regressão linear com erros padrões robustos. Posteriormente, aplicou-se o método de Backward, que considerou um nível de significância de 5% e definiu as variáveis que seriam acopladas no modelo final da análise multivariada. Todos os resultados obtidos foram controlados por variáveis fixas. Os indicadores utilizados que representaram as dimensões do instrumento foram os mesmos definidos na análise fatorial (Tabela 6).

Na primeira dimensão, “Trabalho em equipe na unidade/serviço”, um indivíduo do Hospital A tem uma diminuição significativa (valor-p=0,011) de 0,33 unidade em relação a um indivíduo do Hospital D, ou seja, o participante do Hospital A avalia de forma negativa essa dimensão em relação a um indivíduo do Hospital D. O modelo final explica 1,94% da variabilidade dos dados. Os resultados descritos estão expostos na Tabela 11.

Tabela 11 – Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Trabalho em equipe na unidade/serviço” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

Fator	Modelo Inicial			Modelo Final		
	B	I.C. - 95%	Valor-p	B	I.C. - 95%	Valor-p
Hospital = D	-	-	-	-	-	-
Hospital = C	-0,07	[-0,38; 0,24]	0,674	-0,02	[-0,32; 0,27]	0,893
Hospital = B	-0,19	[-0,44; 0,07]	0,108	-0,14	[-0,39; 0,11]	0,252
Hospital = A	-0,34	[-0,62; -0,06]	0,010	-0,33	[-0,61; -0,06]	0,011
Função = Enfermeiro	-	-	-			
Função = Fisioterapeuta	-0,28	[-0,62; 0,07]	0,103			
Função = Médico	0,21	[-0,12; 0,54]	0,195			
Função = Técnico de Enfermagem	-0,09	[-0,38; 0,20]	0,575			
Sexo = Feminino	-	-	-			
Sexo = Masculino	0,13	[-0,10; 0,36]	0,288			
R2		6,70%			1,94%	

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à dimensão “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança”, pode-se observar que os participantes do Hospital A têm uma diminuição significativa (valor-p<0,001) de 0,65 unidade nessa dimensão em relação a um indivíduo do Hospital D, ou seja, nesse caso, um participante do Hospital A dá uma avaliação negativa nessa dimensão em relação a um profissional que atua no Hospital D. Quanto à função, observou-se que o profissional médico tem um aumento significativo (valor-p=0,008) de 0,49 unidade em relação ao profissional enfermeiro. Portanto, quanto a essa dimensão, os médicos a avaliaram melhor quando comparados aos enfermeiros. O modelo final explica 13,67% da variabilidade dos dados, conforme descrito na Tabela 12.

Tabela 12 – Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

Fator	Modelo Inicial			Modelo Final		
	B	I.C. - 95%	Valor-p	B	I.C. - 95%	Valor-p
Hospital = D	-	-	-	-	-	-
Hospital = C	-0,02	[-0,37; 0,33]	0,899	0,02	[-0,32; 0,35]	0,918
Hospital = B	-0,23	[-0,53; 0,07]	0,080	-0,22	[-0,49; 0,06]	0,068
Hospital = A	-0,60	[-0,92; -0,28]	0,002	-0,65	[-0,96; -0,35]	<0,001
Função = Enfermeiro	-	-	-	-	-	-
Função = Fisioterapeuta	0,35	[-0,04; 0,74]	0,087	0,36	[-0,03; 0,74]	0,087
Função = Médico	0,49	[0,11; 0,87]	0,008	0,49	[0,13; 0,85]	0,008
Função = Técnico de Enfermagem	0,14	[-0,20; 0,47]	0,465	0,15	[-0,17; 0,47]	0,392
Sexo = Feminino	-	-	-	-	-	-
Sexo = Masculino	0,05	[-0,21; 0,31]	0,688			
Idade (anos)	0,00	[-0,02; 0,01]	0,560			
R2		12,43%			13,67%	

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a Tabela 13, no modelo final, a dimensão “Aprendizagem organizacional/melhoria continuada” obteve associação estatisticamente significativa com a variável hospital. Portanto um indivíduo do Hospital A e outro do Hospital B possuem uma diminuição significativa (valor $p=0,002$ e $p=0,001$ respectivamente) de 0,39 unidade em relação a um indivíduo do Hospital D; ou seja, os participantes dos Hospitais A e B possuem uma avaliação negativa diante dessa dimensão quando comparados aos participantes do Hospital D. O modelo final explica 6,32% da variabilidade dos dados.

Tabela 13 – Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Aprendizagem organizacional/melhoria continuada” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

Fator	Modelo Inicial			Modelo Final		
	B	I.C. - 95%	Valor-p	β	I.C. - 95%	Valor-p
Hospital = D	-	-	-	-	-	-
Hospital = C	-0,09	[-0,37; 0,20]	0,551	-0,13	[-0,41; 0,14]	0,358
Hospital = B	-0,42	[-0,66; -0,17]	<0,001	-0,39	[-0,63; -0,16]	0,001
Hospital = A	-0,44	[-0,70; -0,17]	0,001	-0,39	[-0,65; -0,13]	0,002
Função = Enfermeiro	-	-	-			
Função = Fisioterapeuta	-0,21	[-0,53; 0,11]	0,216			
Função = Médico	-0,06	[-0,37; 0,25]	0,735			
Função = Técnico de Enfermagem	0,23	[-0,05; 0,50]	0,117			
Idade (anos)	0	[-0,02; 0,01]	0,397			
R2		11,01%			6,32%	

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a Tabela 14, a dimensão “Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente” teve associação estatisticamente significativa com as variáveis hospital e sexo.

Nesse caso, observa-se que os participantes dos hospitais A, B e C avaliam negativamente essa dimensão, uma vez que há uma diminuição significativa de 0,96, 0,81 e 0,47 unidade, respectivamente, quando comparados a um indivíduo do Hospital D.

Ao observar a variável sexo, um participante do sexo masculino tem uma diminuição significativa (valor-p=0,030) de 0,29 unidade nessa dimensão, em relação a um participante do sexo feminino; isto é, essa dimensão é mais bem avaliada pelo profissional do sexo feminino.

Tabela 14 – Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

Fator	Modelo Inicial			Modelo Final		
	B	I.C. - 95%	Valor-p	B	I.C. - 95%	Valor-p
Hospital = D	-	-	-	-	-	-
Hospital = C	-0,48	[-0,83; -0,12]	0,007	-0,47	[-0,83; -0,12]	0,008
Hospital = B	-0,81	[-1,11; -0,50]	<0,001	-0,81	[-1,11; -0,51]	<0,001
Hospital = A	-0,96	[-1,29; -0,63]	<0,001	-0,96	[-1,29; -0,64]	<0,001
Sexo = Feminino	-	-	-	-	-	-
Sexo = Masculino	-0,28	[-0,55; -0,02]	0,040	-0,29	[-0,55; -0,03]	0,030
Tempo de Atuação no setor (anos)	-0,01	[-0,03; 0,02]	0,564			
R2	21,54%			21,91%		

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 15, modelo final, observa-se que as variáveis hospital, função e tempo de atuação no setor tiveram associações significativas com a dimensão “Percepção de segurança”. Sendo assim, os participantes dos hospitais A, B, C tiveram uma redução significativa de 0,62, 0,54 e 0,43 unidade, respectivamente, frente ao participante do hospital D. Sendo assim, os participantes que trabalham nos Hospitais A, B e C possuem uma percepção negativa sobre segurança, quando comparados com os indivíduos do Hospital D.

Um profissional que exerce a função de técnico de enfermagem tem um aumento significativo (valor-p=0,004) de 0,40 unidade na dimensão “Percepção de segurança” em relação a outro que exerce a função de enfermeiro, ou seja, a percepção sobre segurança por parte dos técnicos de enfermagem é melhor quando comparada à do enfermeiro (Tabela 16).

No que concerne ao tempo de atuação, a cada aumento de um ano no tempo de atuação no setor, espera-se que a dimensão “Percepção de Segurança” reduza significativamente (valor-p=0,016) 0,02 unidade, ou seja, quanto maior o tempo de atuação no setor mais mal avaliada é a dimensão pelo indivíduo. O modelo final explica 16,39% da variabilidade dos dados (Tabela 15).

Tabela 15 – Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Percepção de segurança” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

Fator	Modelo Inicial			Modelo Final		
	B	I.C. - 95%	Valor-p	B	I.C. - 95%	Valor-p
Hospital = D	-	-	-	-	-	-
Hospital = C	-0,47	[-0,79; -0,15]	0,002	-0,43	[-0,74; -0,12]	0,003
Hospital = B	-0,51	[-0,79; -0,23]	<0,001	-0,54	[-0,79; -0,29]	<0,001
Hospital = A	-0,62	[-0,91; -0,32]	<0,001	-0,62	[-0,90; -0,34]	<0,001
Função = Enfermeiro	-	-	-	-	-	-
Função = Fisioterapeuta	0,24	[-0,12; 0,60]	0,170	0,24	[-0,11; 0,59]	0,169
Função = Médico	0,20	[-0,16; 0,56]	0,214	0,13	[-0,21; 0,47]	0,413
Função = Técnico de Enfermagem	0,36	[0,05; 0,67]	0,013	0,40	[0,10; 0,70]	0,004
Sexo = Feminino	-	-	-	-	-	-
Sexo = Masculino	-0,15	[-0,39; 0,10]	0,232	-	-	-
Idade (anos)	0,00	[-0,02; 0,01]	0,750	-	-	-
Tempo de Atuação no setor (anos)	-0,02	[-0,04; 0,00]	0,083	-0,02	[-0,04; 0,00]	0,016
R2	16,02%			16,39%		

Fonte: Dados da pesquisa.

Na dimensão “*Feedback* e comunicação sobre erros”, observa-se que um indivíduo do Hospital A tem uma diminuição significativa (valor-p=0,001) de 0,63 unidade em relação a outro que trabalha no Hospital D. Dessa forma, um indivíduo do Hospital A avalia negativamente essa dimensão, quando comparado a um indivíduo do Hospital D. O modelo final explica 4,78% da variabilidade dos dados. Os dados descritos estão detalhados na Tabela 16.

Tabela 16- Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Feedback e comunicação sobre erros” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

Fator	Modelo Inicial			Modelo Final		
	B	I.C. - 95%	Valor-p	B	I.C. - 95%	Valor-p
Hospital = D	-	-	-	-	-	-
Hospital = C	-0,32	[-0,72; 0,08]	0,122	-0,34	[-0,73; 0,06]	0,105
Hospital = B	-0,22	[-0,58; 0,13]	0,202	-0,30	[-0,63; 0,03]	0,077
Hospital = A	-0,59	[-0,97; -0,21]	0,003	-0,63	[-1,00; -0,26]	0,001
Idade (anos)	-0,01	[-0,02; 0,01]	0,397	-	-	-
R2	4,61%			4,78%		

Fonte: Dados da pesquisa.

Com base na Tabela 17, observa-se que, na dimensão “Abertura para comunicação” não foram encontradas relações estatisticamente significativas. O modelo final explica 6,43 % da variabilidade dos dados.

Tabela 17 – Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Abertura para comunicação” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

Fator	Modelo Inicial			Modelo Final		
	B	I.C. - 95%	Valor-p	B	I.C. - 95%	Valor-p
Hospital = D	-	-	-	-	-	-
Hospital = C	0,30	[-0,08; 0,68]	0,112	0,37	[0,00; 0,73]	0,055
Hospital = B	0,17	[-0,13; 0,48]	0,216	0,19	[-0,12; 0,50]	0,193
Hospital = A	-0,34	[-0,68; 0,00]	0,065	-0,35	[-0,69; 0,00]	0,070
Função = Enfermeiro	-	-	-			
Função = Fisioterapeuta	-0,35	[-0,78; 0,08]	0,102			
Função = Médico	0,09	[-0,32; 0,49]	0,605			
Função = Técnico de Enfermagem	-0,25	[-0,61; 0,11]	0,138			
R2	8,49%			6,43%		

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a Tabela 18, os participantes dos hospitais A e B têm uma diminuição significativa de 0,75 e 0,87 unidade em relação ao participante do hospital D. Ou seja, os participantes dos hospitais A e B avaliam de forma negativa a dimensão frequência de eventos notificados, quando comparados ao participante do hospital D. O modelo final explica 12,34% da variabilidade dos dados.

Tabela 18 – Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Frequência de eventos notificados” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

Fator	Modelo Inicial			Modelo Final		
	B	I.C. - 95%	Valor-p	B	I.C. - 95%	Valor-p
Hospital = D	-	-	-	-	-	-
Hospital = C	-0,37	[-0,79; 0,05]	0,082	-0,35	[-0,77; 0,08]	0,092
Hospital = B	-0,94	[-1,30; -0,58]	<0,001	-0,87	[-1,23; -0,51]	<0,001
Hospital = A	-0,69	[-1,08; -0,30]	0,001	-0,75	[-1,15; -0,36]	<0,001
Sexo = Feminino	-	-	-			
Sexo = Masculino	-0,20	[-0,51; 0,11]	0,227			
R2	14,81%			12,34%		

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 19 mostra as variáveis que influenciam a dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades”. A partir dela, pode-se concluir que: os indivíduos dos hospitais A, B e C apresentam uma diminuição significativa de 0,39, 0,34 e 0,65 unidade respectivamente em relação ao indivíduo do hospital D. Ou seja, os indivíduos do Hospital D avaliam melhor essa dimensão quando comparados aos indivíduos das demais instituições. O modelo final explica 8,72 % da variabilidade dos dados.

Tabela 19 - Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Trabalho em equipe entre unidades” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

Fator	Modelo Inicial			Modelo Final		
	B	I.C. - 95%	Valor-p	B	I.C. - 95%	Valor-p
Hospital = D	-	-	-	-	-	-
Hospital = C	-0,64	[-0,95; -0,33]	<0,001	-0,65	[-0,95; -0,34]	<0,001
Hospital = B	-0,32	[-0,60; -0,05]	0,017	-0,34	[-0,60; -0,09]	0,005
Hospital = A	-0,37	[-0,66; -0,08]	0,008	-0,39	[-0,67; -0,10]	0,005
Idade (anos)	0,00	[-0,02; 0,01]	0,689			
R2		8,45%			8,72%	

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação a dimensão “Dimensionamento de pessoal” observou-se que, os participantes do hospital A, B e C tiveram uma redução significativa de 0,72, 0,39 e 1,08 unidades em relação aos participantes do Hospital D. Dessa forma, evidencia-se que a avaliação da dimensão “Dimensionamento de pessoal”, na perspectiva dos indivíduos dos hospitais A, B e C, foi negativa quando comparada à dos participantes do Hospital D.

Os indivíduos do sexo masculino apresentaram um acréscimo significativo (0,027) de 0,29 unidade em relação ao sexo feminino. Portanto infere-se que os homens avaliam melhor essa dimensão quando comparados as mulheres. O modelo final explica 19,93% da variabilidade dos dados (Tabela 20).

Tabela 20 - Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Dimensionamento de pessoal” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

Fator	Modelo Inicial			Modelo Final		
	B	I.C. - 95%	Valor-p	B	I.C. - 95%	Valor-p
Hospital = D	-	-	-	-	-	-
Hospital = C	-1,00	[-1,38; -0,61]	<0,001	-1,08	[-1,45; -0,71]	<0,001
Hospital = B	-0,38	[-0,70; -0,06]	0,022	-0,39	[-0,71; -0,07]	0,017
Hospital = A	-0,7	[-1,05; -0,35]	<0,001	-0,72	[-1,06; -0,38]	<0,001
Função = Enfermeiro	-	-	-			
Função = Fisioterapeuta	0,39	[-0,05; 0,82]	0,067			
Função = Médico	0,22	[-0,20; 0,64]	0,286			
Função = Técnico de Enfermagem	0,24	[-0,13; 0,60]	0,226			
Sexo = Feminino	-	-	-	-	-	-
Sexo = Masculino	0,29	[0,00; 0,58]	0,052	0,29	[0,02; 0,57]	0,027
R2		20,02%			19,93%	

Fonte: Dados da pesquisa.

Na dimensão “Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços” os participantes dos hospitais A e B tiveram uma redução significativa de 0,66 e 0,27 unidade quando comparados aos participantes do Hospital D. Portanto os indivíduos do Hospital D avaliam melhor essa dimensão quando comparados com os indivíduos dos hospitais A e B.

No que se refere à função, o técnico de enfermagem e o fisioterapeuta têm aumento significativo 0,42 e 0,51 unidade em relação ao enfermeiro. Ou seja, o enfermeiro avalia negativamente essa dimensão quando comparado com o técnico de enfermagem e o fisioterapeuta. O modelo final explica 14,96% da variabilidade dos dados. Esses dados estão descritos na Tabela 21.

Tabela 21 – Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

Fator	Modelo Inicial			Modelo Final		
	B	I.C. - 95%	Valor-p	B	I.C. - 95%	Valor-p
Hospital = D	-	-	-	-	-	-
Hospital = C	-0,14	[-0,46; 0,18]	0,349	-0,07	[-0,39; 0,24]	0,639
Hospital = B	-0,26	[-0,54; 0,02]	0,052	-0,27	[-0,53; -0,01]	0,026
Hospital = A	-0,61	[-0,91; -0,32]	<0,001	-0,66	[-0,95; -0,38]	<0,001
Função = Enfermeiro	-	-	-	-	-	-
Função = Fisioterapeuta	0,50	[0,14; 0,86]	0,002	0,51	[0,15; 0,87]	0,002
Função = Médico	0,14	[-0,22; 0,50]	0,452	0,06	[-0,28; 0,40]	0,745
Função = Técnico de Enfermagem	0,36	[0,04; 0,67]	0,021	0,42	[0,12; 0,72]	0,007
Sexo = Feminino	-	-	-	-	-	-
Sexo = Masculino	-0,12	[-0,37; 0,13]	0,298	-	-	-
Idade (anos)	0,00	[-0,02; 0,02]	0,845	-	-	-
Tempo de Atuação no setor (anos)	-0,01	[-0,04; 0,01]	0,314	-	-	-
R2	13,85%			14,96%		

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 22 ilustra os resultados obtidos com relação à dimensão “Resposta não punitiva aos erros”. O participante do Hospital C tem um aumento significativo (valor-p=0,031) de 0,47 unidade e o indivíduo do Hospital A tem uma redução significativa (valor-p=0,003) de 0,47 unidade em relação ao participante do Hospital D. Ou seja, um indivíduo do Hospital D avalia melhor essa dimensão quando comparado ao indivíduo do Hospital A, e o indivíduo do Hospital C avalia melhor a dimensão quando comparado a um participante do Hospital D. O modelo final explica 9,85% da variabilidade dos dados.

Tabela 22 – Análise multivariada entre as variáveis independentes e a dimensão “Resposta não punitiva aos erros” do HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.

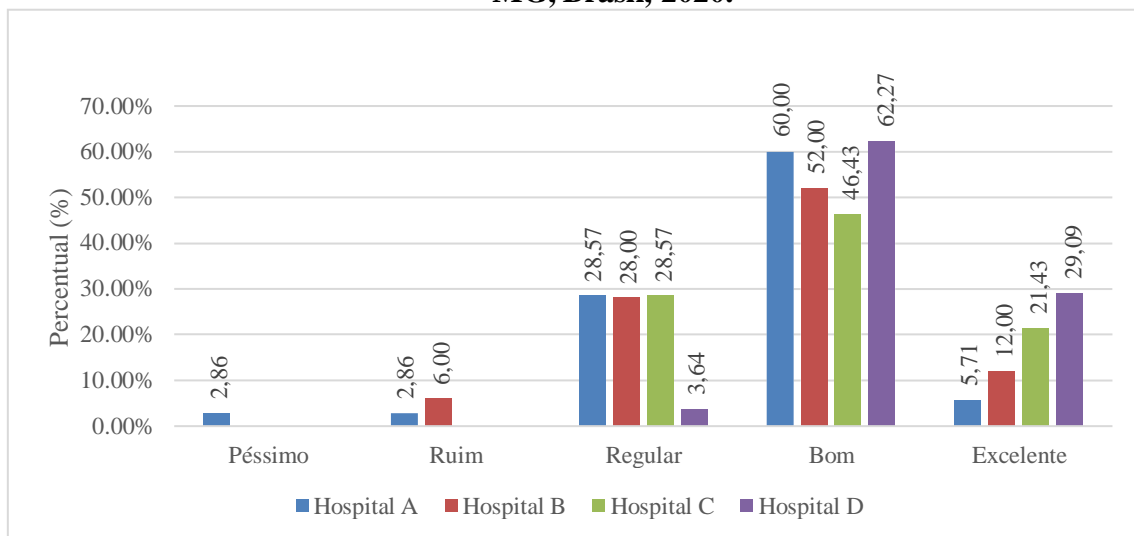
Fator	Modelo Inicial			Modelo Final		
	B	I.C. - 95%	Valor-p	B	I.C. - 95%	Valor-p
Hospital = D	-	-	-	-	-	-
Hospital = C	0,52	[0,13; 0,91]	0,016	0,47	[0,10; 0,84]	0,031
Hospital = B	-0,08	[-0,40; 0,25]	0,635	-0,13	[-0,44; 0,18]	0,408
Hospital = A	-0,47	[-0,83; -0,11]	0,003	-0,47	[-0,81; -0,12]	0,003
Função = Enfermeiro	-	-	-			
Função = Fisioterapeuta	0,18	[-0,26; 0,62]	0,417			
Função = Médico	0,23	[-0,21; 0,67]	0,265			
Função = Técnico de Enfermagem	0,03	[-0,35; 0,41]	0,877			
Sexo = Feminino	-	-	-			
Sexo = Masculino	-0,28	[-0,57; 0,02]	0,064			
Tempo de Atuação no setor (anos)	-0,01	[-0,03; 0,02]	0,418			
R2		11,69%			9,85%	

Fonte: Dados da pesquisa.

5.7 Nota atribuída pelos profissionais à segurança do paciente de cada uma das instituições

Além da avaliação das dimensões de segurança do paciente, o instrumento apresenta o item no qual o participante atribui nota para a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital. Sendo assim, os dados revelaram que a maioria dos profissionais que trabalham nos hospitais A, B, C e D consideraram a segurança do paciente na instituição boa, conforme Gráfico 6.

Gráfico 6 - Média percentual de respostas sobre a nota de segurança do paciente nas quatro Unidades de Terapia Intensiva Adulto, segundo o HSOPSC. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2020.



Fonte: Dados da pesquisa.

6 DISCUSSÃO

6.1 Análise descritiva

Segundo os dados obtidos na caracterização da amostra, a maioria dos participantes eram do sexo feminino (70,63%) e da equipe de enfermagem (63,6%). Outros estudos mostram um perfil semelhante ao encontrado nesta pesquisa, na qual as mulheres e a equipe de enfermagem também foram maioria entre os profissionais que atuavam em unidades de terapia intensiva (SOUZA *et al.*, 2019; REIS *et al.*, 2017; SARTOR; SILVA; MASIERO, 2016). O predomínio do sexo feminino pode ser reflexo da chamada feminização da força de trabalho no âmbito da saúde. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a enfermagem representa mais de 50% dos trabalhadores da área da saúde (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013; ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2019).

A idade média dos profissionais foi de 39,97 anos e o tempo médio de atuação no setor de 7,24 anos, a carga horária média foi de 35,07 horas semanais, o tempo médio de atuação profissional foi de 13,42 anos e 98,21% da amostra possuíam contato direto com o paciente. Resultados semelhantes em relação a idade e carga horária foram identificados em estudo realizado no Sul do Brasil (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016). No que se refere ao tempo de atuação na instituição e na área profissional, estudos têm mostrado tempo menor ao encontrado nesta pesquisa, cinco anos. A diferença encontrada em relação ao tempo de atuação na instituição pode ser devida ao regime de serviço público oferecido por três instituições participantes da pesquisa, que geralmente proporciona maior tempo de permanência do profissional, comparado à atuação em instituições privadas (MARCONI, 2003). Sobre a assistência direta ao paciente, resultados de estudo mostram que a maioria dos participantes informam atuar na assistência direta ao paciente (ANDRADE *et al.*, 2018; REIS, 2013).

Ao analisar as respostas obtidas pelo questionário HSOPSC nos quatro hospitais participantes, a única dimensão que recebeu mais de 75% de respostas positivas foi “Aprendizagem organizacional/Melhoria continuada”, com 82,19%, ou seja, classificada como uma dimensão forte. As outras duas dimensões que não atingiram 75% de respostas positivas, mas que obtiveram as melhores porcentagens em relação às outras dimensões foram “Trabalho em equipe na unidade/serviço” e “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança”, com 70,43% e 72,39% de respostas positivas respectivamente. Estudos que analisaram os cenários internacional e nacional mostraram que as dimensões que apresentaram maior número de respostas positivas foram “Trabalho em

equipe na unidade /serviço” e “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança” (GAMA; OLIVEIRA; SATURNO HERNÁNDEZ, 2013; NOTARO *et al.*, 2019).

Acredita-se que, nas instituições pesquisadas, são incentivados e realizados treinamentos e capacitações no ambiente de trabalho, assim como na existência de núcleos de segurança do paciente, fatores que devem ter contribuído para o elevado número de respostas positivas na dimensão “Aprendizagem organizacional /Melhoria continuada”. Sabe-se também que Minas Gerais é o estado com maior número de Núcleos de Segurança do Paciente em território nacional e os resultados deste estudo são o reflexo do compromisso das instituições mineiras de saúde com a segurança do paciente (BRASIL, 2020).

As dimensões classificadas como fracas que obtiveram um percentual de respostas positivas igual ou inferior a 50% neste estudo foram: “Percepção de Segurança”, “*Feedback* e comunicação sobre erros”, “Frequência de eventos adversos notificados”, “Trabalho em equipe entre unidades”, “Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades /serviços” e “Respostas não punitivas aos erros”. Essas mesmas dimensões foram classificadas também como frágeis em metanálise de 2018 que analisou a cultura de segurança em 59 estudos internacionais (OKUYAMA; GALVAO; SILVA, 2018).

Destaca-se que a dimensão “Resposta não punitiva aos erros” recebeu o menor percentual de respostas positivas, resultado também observado tanto em estudos internacionais quanto em estudos nacionais (OKUYAMA; GALVAO; SILVA, 2018; MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016; TOMAZONI *et al.*, 2015; EL-JARDALI *et al.*, 2014). A visão sistêmica dos erros considera que as pessoas são passíveis de falhas e estas podem acontecer mesmo em instituições de excelência. Dessa forma, as mudanças têm que acontecer no sistema para torná-lo mais seguro para os usuários (REASON, 2000).

A frequência de notificação de eventos adversos nas quatro instituições foi de 47,85%. Já ao analisar por instituição, as porcentagens mais baixas foram encontradas nos hospitais A e B, com 35,42% e 33,08% respectivamente. A subnotificação é mais um reflexo da cultura punitiva que ainda perpetua na maioria das instituições de saúde. A falta de compreensão de que todos somos passíveis de erro pode ocasionar no profissional sentimento de culpa e medo, o que contribui para a cultura do “silêncio” institucional (CARMO *et al.*, 2020). Outro fator que dificulta a notificação dos eventos é a centralização dessa responsabilidade no profissional enfermeiro. É inviável que apenas um profissional da saúde notifique todos os eventos que acontecem dentro de uma unidade de saúde (TEODORO *et al.*, 2020; FURINI; NUNES; DALLORA, 2019; MORAES *et al.*, 2019).

Na avaliação da cultura de segurança, foi possível observar uma discrepância importante entre os resultados obtidos nos quatro hospitais participantes, uma vez que, enquanto os hospitais A, B e C apresentaram nove, seis e sete dimensões fracas, respectivamente, o Hospital D apresentou apenas uma, “Resposta não punitiva aos erros”. Importante destacar que, entre os hospitais A, B e C, dois deles são públicos e um autarquia, já o Hospital D é de gestão privada. Andrade *et al.* (2018) realizaram um estudo com 1.576 profissionais de saúde para analisar a cultura de segurança de três hospitais com diferentes tipos de gestão (federal, estadual e privado), utilizando o mesmo instrumento HSOPSC. Os resultados encontrados foram similares aos achados no presente estudo, uma vez que, em todas as dimensões do instrumento, o hospital privado foi mais bem avaliado, quando comparado às demais instituições (ANDRADE *et al.*, 2018).

Sabe-se que, no contexto de avaliação em saúde, a acreditação é um sistema de qualidade que se conduz por meio do estabelecimento de critérios, padrões e indicadores. A essência da acreditação se dá ao comparar a realidade institucional, avaliada externa e periodicamente à luz de padrões de qualidade previamente definidos (OLIVEIRA, 2020a). O Hospital D iniciou o seu processo de acreditação e implementação de certificações no ano de 2006 e, a partir desse ano, vem mantendo e ampliando os modelos gerais e específicos reconhecidos internacionalmente. Acredita-se que isso possa ter contribuído para os melhores resultados apresentados uma vez que, apenas o Hospital D é acreditado.

Outros dois fatores que podem ter concorrido para a diferença dos resultados entre as instituições públicas e privadas é a gestão e o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), os hospitais públicos muitas vezes apresentam um sistema de gestão com baixa governança, pouca autonomia e grande responsabilização dos gestores. Além disso, a rede pública não inter-relaciona os mecanismos de financiamento com os custos e não foca os seus resultados em desempenho. Piola *et al.* (2013) também apontam que, em 2009, no Brasil, o gasto *per capita* no SUS foi de R\$ 665,00 por habitante, enquanto, no sistema privado, esse valor era de R\$ 1.526,00, o que define um aumento em gastos de saúde maior (duas, três vezes) no mercado suplementar em relação ao sistema público.

6.2 Análise fatorial

De acordo com Hair *et al.* (2005 *apud* FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010, p. 161), independentemente da técnica utilizada, a análise fatorial tem como principal objetivo reduzir uma grande quantidade de variáveis observadas a um número reduzido de fatores. Esses

fatores representam as dimensões latentes (indicadores/constructos) que resumem ou explicam a quantidade de variáveis observadas.

A carga fatorial pode ser definida como a correlação da variável original com o fator. Sendo assim, os fatores resumem os dados, porém mantêm a representatividade das variáveis originais. Os itens contribuem de maneira desigual para o fator e quanto maior a carga fatorial maior é a contribuição do item para esse indicador (MATOS; RODRIGUES, 2019, p. 18).

Segundo Hair *et al.* (2009), cargas fatoriais menores que 0,50 devem ser eliminadas dos constructos, uma vez que não contribuem de forma relevante para a formação do fator e ainda prejudicam o alcance de suposições básicas para a validade e qualidade dos indicadores criados que representam o conceito de interesse.

No presente estudo, na dimensão “Dimensionamento de Pessoal”, o item 7 - A quantidade de profissionais temporários/terceirizados é excessiva, prejudicando o cuidado do paciente” foi retirado da análise, uma vez que apresentou carga fatorial abaixo de 0,50 no modelo inicial (valor de 0,08). Outros estudos que também utilizaram a análise fatorial e que mantiveram apenas os itens com carga fatorial maior que 0,50 corroboram com a metodologia utilizada no presente estudo (FERREIRA *et al.*, 2020; GODOY; MENDONÇA, 2020; GALVÃO; RONCALLI, 2021). Dessa forma, sugerem-se novos estudos que analisem a possibilidade de retirar esse item da dimensão “Dimensionamento de pessoal” do instrumento HSOPSC, uma vez que sua carga fatorial obteve um valor inferior a 0,50.

A função da confiabilidade é mensurar a consistência interna entre os valores calculados nos itens de um indicador. Para obter o resultado dessa confiabilidade, utilizam-se duas técnicas, o Alfa de Cronbach (AC) e a Confiabilidade Composta (CC). Esses devem ser maiores que 0,70 para indicar a confiabilidade do constructo, sendo que, em pesquisas exploratórias, valores acima de 0,60 também são aceitos (TENENHAUS *et al.*, 2005; HAIR *et al.*, 2009).

No caso deste estudo, todos os indicadores da análise fatorial apresentaram AC ou CC superior a 0,60, o que indica, portanto, uma boa consistência interna. Outros estudos que também utilizaram essa técnica corroboram com a metodologia utilizada (BATISTA *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020b; RIBEIRO *et al.*, 2020).

6.3 Variáveis que permaneceram no estudo na análise multivariada

A dimensão “Trabalho em equipe na unidade/serviço” foi mais bem avaliada no Hospital D quando comparada ao Hospital A. Estudo realizado em 2016 que analisou a cultura organizacional dentro de uma instituição privada verificou que os trabalhadores identificaram

a preocupação da instituição com a manutenção de um adequado ambiente de trabalho, valorizando o bom relacionamento entre os trabalhadores (VEGRO *et al.*, 2016).

As dimensões “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança”, “Aprendizado organizacional/ melhoria continuada” e “Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente” apresentaram associações significativas com a variável hospital. Novamente foi possível verificar que os participantes do Hospital D avaliam melhor essas três dimensões em relação aos de outras instituições. Esses resultados também foram encontrados em estudos que analisaram a cultura de segurança em hospitais que possuem diferentes tipos de gestão (ANDRADE *et al.*, 2018; TOSO *et al.*, 2016).

Os resultados das dimensões supracitadas demonstram a preocupação dos profissionais advindos de instituições públicas/ autarquias quanto às ações da gerência relacionadas às questões de segurança do paciente. Em estudo que analisou a cultura de segurança em um centro cirúrgico de um hospital público de Sergipe, a dimensão “Percepção da Gerência do Hospital” do questionário *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) obteve também o menor escore (SILVA JUNIOR *et al.*, 2020). Um fator que pode justificar a melhor avaliação nos hospitais privados pode ser a busca e a cobrança das gerências em relação aos elementos que envolvem a segurança do paciente para obtenção do selo de qualidade e, dessa forma, manterem-se em um mercado de trabalho altamente competitivo (GASPARINO *et al.*, 2017).

Por outro lado, identificou-se que o profissional médico avalia de forma positiva a dimensão “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança” em relação aos outros profissionais. Estudo que analisou a cultura de segurança no ambiente obstétrico hospitalar apresentou resultados similares (CARMO, 2018). Portanto, infere-se que a classe médica possui expectativas positivas quanto às ações que favorecem a segurança do paciente, por parte dos supervisores e chefes.

O sexo feminino tem uma avaliação positiva da dimensão “Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente”, em relação ao sexo masculino. Estudo que analisou a cultura de segurança em unidades cirúrgicas com o instrumento SAQ também apresentou escore médio maior entre as mulheres no domínio “Percepção da gerência do hospital” quando comparadas aos homens (CAUDURO, 2013).

Na dimensão “Percepção de segurança”, verificou-se uma associação significativa com as variáveis hospital, categoria profissional e tempo de atuação. No que tange à instituição, foi possível observar uma avaliação positiva dos indivíduos do Hospital D em relação aos indivíduos dos hospitais A, B e C. Andrade *et al.* (2018) também apresentaram dados que corroboram os resultados encontrados neste estudo. Infere-se que os profissionais reconhecem

que os sistemas não são eficientes para prevenir erros, principalmente por parte daqueles que trabalham nos hospitais A, B e C; fatores como fadiga, excesso de trabalho, quadro insuficiente de profissionais e procedimentos e sistemas pouco seguros podem influenciar diretamente esses resultados (CARMO, 2018).

A dimensão “Percepção de segurança” na perspectiva dos técnicos/auxiliares de enfermagem é mais bem avaliada quando comparada à avaliação dos enfermeiros. Resultado similar foi encontrado em estudo realizado em uma unidade de terapia intensiva no sul do Brasil, mas os autores não justificam esse resultado (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016). Tal situação pode ter acontecido porque o técnico de enfermagem é o profissional que apresenta maior contato e assistência direta com o paciente, consequentemente, nessas situações, o nível de exigência em relação à segurança do paciente é maior.

O tempo de atuação no setor apresentou associação negativa com essa dimensão, ou seja, quanto maior o tempo de atuação no setor mais mal avaliada é a dimensão “Percepção de Segurança”. Estudo que analisou a cultura de segurança na terapia intensiva neonatal identificou uma relação significativa e negativa em algumas dimensões de acordo com o tempo de trabalho na instituição. Os autores atribuem esse resultado à consolidação da cultura da culpa, o que pode estimular entre essas pessoas a omissão das falhas e a perpetuação de valores que se contrapõem ao fortalecimento da cultura de segurança (NOTARO, 2017).

A dimensão “*Feedback* e comunicação sobre erros” não é bem avaliada pelos participantes do Hospital A quando comparados aos participantes do Hospital D. Estudo que analisou a cultura de segurança em oito hospitais de diferentes naturezas corrobora os resultados encontrados (SILVA *et al.*, 2016). A falta de *feedback* se caracteriza como uma barreira comunicacional que propicia o erro. Essa ferramenta é um agente fundamental no processo de comunicação e deve estar focada nos resultados da equipe. Dessa forma, é possível evitar a culpa e transformar o erro em uma oportunidade de aprendizado que irá prevenir situações semelhantes (SANTOS *et al.*, 2010).

A dimensão “Frequência de eventos notificados” apresentou uma avaliação positiva na perspectiva dos indivíduos que trabalham no Hospital D quando comparados aos indivíduos que atuam nos hospitais A e B. Andrade *et al.* (2018) apontaram resultados similares aos encontrados nesta pesquisa. O alicerce para um sistema de segurança são os sistemas de notificação voluntária. Resultados de subnotificação mostram que existe uma lacuna no conhecimento dos profissionais acerca desse tema e uma visão fragmentada da segurança do paciente e dos eventos adversos. Além disso, a falta de conhecimento de que qualquer profissional está sujeito ao erro pode acarretar ao profissional sentimentos de vergonha, culpa

e medo (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017). Acredita-se que essa baixa notificação de eventos adversos nos Hospitais A e B seja resultado da predominância da cultura punitiva existente nestas duas instituições, o que faz com que o profissional sinta medo e culpa ao relatar os erros.

Em relação à dimensão “Trabalho em equipe entre unidades”, observou-se uma avaliação positiva do Hospital D em relação aos hospitais A, B e C. Estudos que analisaram a cultura de segurança em instituições privadas e públicas corroboraram os resultados encontrados (GOLLE *et al.*, 2018; ANDRADE *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2016; MELLO; BARBOSA, 2017; LOPEZ *et al.*, 2020). O trabalho em equipe é extremamente necessário nas práticas assistenciais e se constitui como uma das principais ferramentas na organização dos serviços. Essa prática colaborativa entre os profissionais fortalece e facilita a qualidade e o acesso ao sistema de saúde (PEDUZZI *et al.*, 2020).

Na dimensão “Dimensionamento de pessoal”, o profissional do Hospital D apresentou uma avaliação positiva quando comparado a um indivíduo dos hospitais A, B e C. De acordo com dois estudos que utilizaram o instrumento SAQ para analisar a cultura de segurança em instituições de saúde, também foi possível verificar uma fragilidade nos hospitais públicos na dimensão “Condições de trabalho” (KOLANKIEWICZ *et al.*, 2017; CARVALHO *et al.*, 2019). Segundo Saraiva e Almeida (2017), a dimensão “Condições de trabalho” analisa a percepção da qualidade do suporte ambiental e logístico no local de trabalho (por exemplo: equipamentos e profissionais).

Em relação a variável sexo observou-se que na dimensão “Dimensionamento de Pessoal” o sexo masculino apresentou uma avaliação positiva quando comparados ao sexo feminino. Cauduro (2013) avaliou a cultura de segurança em centro cirúrgico geral e obstétrico de um hospital de ensino, neste estudo a dimensão “Condições de trabalho” apresentou um escore baixo tanto na perspectiva dos homens quanto na das mulheres.

O Hospital D apresentou uma avaliação positiva em relação à dimensão, “Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços” quando comparado aos Hospitais A e B. Cauduro *et al.* (2015) apresentam resultados que corroboram os achados desta pesquisa. A transição de cuidados de saúde é fundamental no fortalecimento da segurança do paciente. Esse processo de comunicação deve acontecer de forma completa e sem ambiguidades. Essa comunicação eficaz entre os turnos evita falhas, poupa tempo e aumenta a satisfação do enfermo e dos trabalhadores envolvidos (FIGUEIREDO; POTRA; LUCAS, 2020).

Nessa mesma dimensão, o enfermeiro apresentou uma percepção negativa quando comparado ao fisioterapeuta e ao técnico/auxiliar de enfermagem. Minuzzi, Salum e Locks (2016) apresentaram resultados que corroboraram de forma parcial os resultados encontrados,

em que a dimensão “Transferências internas e passagem de plantão” apresentou maior percentual de respostas positivas entre os técnicos/auxiliares de enfermagem quando comparados ao profissional enfermeiro. Porém, nesse mesmo estudo, os fisioterapeutas e médicos apresentaram uma percepção negativa dessa dimensão quando comparados com o enfermeiro. Essa diferença encontrada pode ser reflexo da análise conjunta que o estudo realizou dessa dimensão na perspectiva do fisioterapeuta e médico juntos (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016).

Já na dimensão “Respostas não punitivas aos erros”, o indivíduo do Hospital C avalia melhor essa dimensão quando comparado ao participante do Hospital D. O Hospital C é uma instituição federal de caráter universitário. Os hospitais universitários desempenham as funções de local de ensino-aprendizagem e treinamento em serviço, formação de pessoas, inovação tecnológica e desenvolvimento de novas abordagens que aproximam a área acadêmica do serviço no campo da saúde (BRASIL, 2010b).

6.4 Nota de segurança do paciente atribuída pelos participantes do estudo

Os funcionários participantes da pesquisa atribuíram notas à segurança do paciente no seu ambiente de trabalho. A maioria dos participantes classificaram a segurança do paciente na instituição como boa, porém foi possível observar que o Hospital A obteve menor percentual da classificação excelente e o Hospital D apresentou maior percentual de nota excelente entre as demais instituições. Andrade *et al.* (2018) também classificaram a segurança do paciente na perspectiva de três instituições de saúde, e os resultados mostraram que, na perspectiva do hospital público estadual, a percepção da segurança do paciente por parte dos funcionários era negativa quando comparada à percepção dos funcionários que trabalhavam no hospital público federal e no hospital privado.

O presente estudo teve como principais limitações o número reduzido de hospitais e a necessidade de readaptação da amostra durante a coleta de dados devido à pandemia da covid-19, que acometeu o mundo. Além disso, o instrumento original não informa ao pesquisador como se devem caracterizar as dimensões que obtiveram um percentual de respostas positivas entre 51% e 74%.

7 CONCLUSÃO

A equipe multiprofissional que participou deste estudo foi composta em sua maioria de técnicos de enfermagem do sexo feminino, com idade média de 39,97 anos, uma carga horária média semanal de 35,07 horas e um tempo médio de atuação no setor de 7,24 anos.

Ao analisar a cultura de segurança na perspectiva das quatro instituições, apenas a dimensão “Aprendizagem organizacional /Melhoria continuada” se classificou como forte. Já as dimensões “Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente”, “Percepção de Segurança”, “*Feedback* e comunicação sobre erros”, “Frequência de eventos adversos notificados”, “Trabalho em equipe entre unidades”, “Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades /serviços” e “Respostas não punitivas aos erros” obtiveram um percentual de respostas positivas igual ou inferior a 50%, o que as classificou como dimensões frágeis.

No que concerne à análise individual, o Hospital A apresentou maior número de dimensões classificadas como fracas (nove) e o Hospital D apresentou o menor número de dimensões classificadas como fracas (uma). A frequência de notificação de eventos adversos também foi outro dado crítico apresentado na pesquisa, uma vez que, de modo geral, o valor foi de apenas 47,85%.

Após a análise multivariada, foi possível observar associação significativa entre a variável hospitalar com a maioria das dimensões, exceto com “Abertura para comunicação”. A variável categoria profissional apresentou associação significativa com as dimensões “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança”, “Percepção de Segurança” e “Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços”.

A variável sexo apresentou associação estatisticamente significativa com a dimensão “Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente” e “Dimensionamento de pessoal” e o tempo de atuação no setor se associou significativamente com a dimensão “Percepção da segurança”. A variável idade não se associou estatisticamente a nenhuma dimensão do instrumento. A maioria dos profissionais das quatro Unidades de Terapia Intensiva atribuíram a nota “bom” para a segurança do paciente nas suas instituições.

A cultura punitiva ainda é uma realidade nos serviços de terapia intensiva adulto de Belo Horizonte. Para que seja possível fortalecer a cultura de segurança nesses ambientes, é primordial que a culpa e a vergonha sejam substituídas pelo aprendizado organizacional. Além

disso, a subnotificação impede que as falhas apareçam e, com isso, possibilita-se a reincidência desses eventos adversos.

Sugere-se a elaboração de novos estudos que insiram ferramentas de fortalecimento dessa cultura de segurança no ambiente da terapia intensiva, uma vez que somente assim é possível garantir um ambiente realmente seguro para as práticas executadas.

REFERÊNCIAS

- ALVES, E. F. O Cuidador de Enfermagem e o Cuidar em Uma Unidade de Terapia Intensiva. **UNOPAR Científica. Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 15, n. 2, p. 115-122, 2013.
- ANDRADE, L. E. L. *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.
- ANDRADE, L. E. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p.161-172, 2018.
- BATALHA, E. M. S. S.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 432-441, abr./jun. 2015.
- BATISTA J., *et al.* Efeito da transição administrativa da gestão hospitalar na cultura de segurança em unidades cirúrgicas. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, e20190012, nov. 2020.
- BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de amostragem**. São Paulo: Blucher, 2005.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) cadastrados na ANVISA**. Brasília, DF: ANVISA, 2020. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNWk0ODRjNzctM2RkYS00NTk4LWFiMGMtYTk3Y2I4Yjk1Nzg4IiwidCI6ImI2N2FmMjNmLWMzZjMtNGQzNS04MGM3LWI3MDg1ZjVlZGQ4MSJ9>. Acesso em: 07 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC n. 7 de 24, de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_07_2010_COMP.pdf/7041373a-6319-4251-9a03-0e96a72dad3b. Acesso em: 16 maio 2020.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde**. Brasília, DF: ANVISA, 2016. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 6). Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 09 abr. 2020.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, DF: ANVISA, 2017. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>. Acesso em: 07 jun. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatórios reúnem os dados, por Estado, de eventos adversos notificados à Anvisa no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018**: relatório Brasil, 2018. Brasília, DF: ANVISA, 2018. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>. Acesso em: 15 fev. 2019.

BRASIL. **Decreto n. 7.082, de 27 de janeiro de 2010**. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Brasília, DF: Presidência da República, 2010b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC n° 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 10 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Norma operacional n° 001/2013**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: http://www.hgb.rj.saude.gov.br/ceap/Norma_Operacional_001-2013.pdf. Acesso em: 17 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 17 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n° 529, de 1 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 10 fev. 2019.

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: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 10 fev. 2019.

CARMO, J. M. A. **Cultura de segurança do paciente em serviços de atenção obstétrica**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

CARMO, J. M. A. *et al.* Cultura de segurança do paciente em unidades hospitalares de ginecologia e obstetrícia: estudo transversal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 73, n. 5, p. e20190576, jul. 2020.

- CARVALHO, P. A. *et al.* Avaliação da cultura de segurança em um hospital público no Distrito Federal, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, supl. 1, p. 263-269, jan./fev. 2019.
- CAUDURO, F. L. F. **Avaliação da cultura de segurança em unidades cirúrgicas**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.
- CAUDURO, F. L. F. *et al.* Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 129-38, 2015.
- CHIN, W. W. The partial least squares approach to structural equation modeling. *In*: Marcoulides, G. A. (Ed.). **Methodology for business and management: modern methods for business research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1988. p. 295-336.
- COLLA, J. B. *et al.* Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 14, n. 5, p. 364-366, Oct. 2005.
- DAVIES, H. T.; NUTLEY, S. M.; MANNION, R. Organisational culture and quality of health care. **Quality in Health Care: QHC**, London, v. 9, n.2, p. 111-119, Jun. 2000.
- DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Chicago: Health Administration Press, 1980.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, Nov. 1990.
- EFROYMSON, M. A. Multiple regression analysis. *In*: RALSTON, A.; WILF, H. S. **Mathematical methods for digital computers**. New York: John Wiley & Sons, 1960. p. 191-203.
- EL-JARDALI, F. E. *et al.* Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. **BMC Health Services Research**, London, v. 14, p. 122- 136, Mar. 2014.
- FERREIRA, A. C. S. *et al.* Indicadores de endividamento: análise fatorial na comparação entre a literatura e a agência nacional de energia elétrica (ANEEL). **Revista Catarinense da Ciência Contábil**, Florianópolis, v. 19, p. e3068, 2020.
- FIGUEIREDO, A. R. E.; POTRA, T. M. F. S.; LUCAS P. R. M. B. Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão scoping. **ÂMBITOS: Revista Internacional de Comunicación**, Sevilla, n. 49, p. 32-48, 2020.
- FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JÚNIOR, J. A. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opinião Pública**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 160-185, jun. 2010.
- FORNELL, C.; LARCKER, D. F. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. **Journal of Marketing Research**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 39, 1981.

- FURINI, A. C. A.; NUNES, A. A.; DALLORA, M. E. L. V. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. esp., p. e20180317, 2019.
- GALVÃO, M. H. R.; RONCALLI, A. G. Desempenho dos municípios brasileiros quanto à oferta de serviços especializados em saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. e00184119, 2021.
- GAMA, Z. A. S.; OLIVEIRA A. C. S.; SATURNO HERNÁNDEZ, P. J. Patient safety culture and related factors in a network of Spanish public hospitals. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 283-293, 2013.
- GASPARINO, R. C. *et al.* Percepção da enfermagem frente ao clima de segurança do paciente em instituições públicas e privadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, 2017.
- GODOY, M. T. T.; MENDONCA, H. Competência adaptativa: um estudo sobre a influência da autodeterminação e da liderança transformacional. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 18, n. spe, p. 742-756, 2020.
- GOLLE, L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em hospital privado. **Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 85-89, jan./mar. 2018. Disponível em: <http://www.index-f.com/pesquisa/2018pdf/101085.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2021.
- GOMES, A. T. L. *et al.* A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 146-154, 2017.
- HAIR JR, J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. 6. ed. [S. l.]: Bookman, 2009.
- HENSELER, J.; RINGLE, C. M.; SINKOVICS, R. R. The use of partial least squares path modeling in international marketing. **Advances in International Marketing**, v. 20, n. 2009, p. 277-319, 2009.
- HOLLANDER, M.; WOLFE, D. A. **Nonparametric statistical methods**. John Wiley & Sons, 1999.
- HOYLE, R. H.; DUVALL, J. L. Determining the number of factors in exploratory and confirmatory factor analysis. *In*: Kaplan, D. (Ed.). **The Sage handbook of quantitative methodology for the social sciences**. Thousand Oaks, CA: Sage., 2004.
- HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- INSTITUTE OF MEDICINE (US). Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the quality chasm a new health system for the 21st century**. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. Disponível em: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10027&page=R1. Acesso em: 08 abr. 2020.

INTERNATIONAL NUCLEAR SAFETY ADVISORY GROUP. **Safety culture**. Vienna: International Atomic Energy Agency, 1991.

(Safety series nº 75- INSAG- 4). Disponível em: https://www-pub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/Pub882_web.pdf. Acesso em: 08 jul. 2020.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Ed.). **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

KOLANKIEWICZ, A. C. B. *et al.* Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 5, p. 531-537, 2017.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Editora Singular, 2009. Disponível em: <https://brasil.campusvirtualsp.org/node/181516>. Acesso em: 28 nov. 2020.

LOPEZ, E. C. M. S. *et al.* Cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 24, p. e-1298, 2020.

MACEDO, T. R. *et al.* Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 757-763, set. 2016.

MARCONI, N. A evolução do perfil da força de trabalho e das remunerações nos setores público e privado ao longo da década de 1990. **ENAP: Revista do Serviço Público**, São Paulo, n. 54, v. 1, p. 9-45, 2003.

MAROTTI, J. *et al.* Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. **Revista de Odontologia da Universidade da Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 186-194, maio 2008.

MARQUET, K. R. N. *et al.* One fourth of unplanned transfers to a higher level of care are associated with a highly preventable adverse event: a patient record review in six Belgian hospitals. **Critical Care Medicine**, Philadelphia, v. 43, n. 5, p. 1053-1061, May 2015.

MATOS, D. A. S.; RODRIGUES, E. C. **Análise fatorial**. Brasília: Enap, 2019. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4790/1/Livro%20An%C3%A1lise%20Fatorial.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2021.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea Digital**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 239-244, 2013.

MELLO J. F.; BARBOSA S. F. F. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 19, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/38760/22926>. Acesso em: 15 fev. 2019.

MINUZZI, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. e1610015, 2016.

MORAES, A. I. S. *et al.* Qualidade e segurança na área da saúde manterno-infantil: avaliação de eventos adversos. **CuidArte. Enfermagem**, Catanduva, v. 13, n. 1, p. 32-37, jan. 2019.

NAGELKERKE, N. J. D. A note on a general definition of the coefficient of determination. **Biometrika**, [S. l.], v. 78, n. 3, Sep. 1991.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 12, supl. 2, p. ii17–ii23, Dec. 2003.

NOTARO, K. A. M. *et al.* Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, 2019.

NOTARO, K. A. M. **Avaliação da cultura de segurança do paciente em unidades de neonatologia na perspectiva da equipe multiprofissional**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

NOVARETTI, M. C. Z. *et al.* Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 692-699, 2014.

NUNNALLY, J. C.; BERNSTEIN, I. H. **Psychometric theory**. 3rd. ed. New York: McGraw-Hill, 1994.

OKUYAMA, J. H. H.; GALVAO, T. F.; SILVA, M. T. Healthcare professional's perception of patient safety measured by the hospital survey on patient safety culture: a systematic review and meta-analysis. **The Scientific World Journal**, New York, Jul. 2018.

OLIVEIRA, J. L. C. *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, 2020a.

OLIVEIRA, P. C. *et al.* Cultura de segurança do paciente no serviço de atenção domiciliar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 54, p. e03586, 2020b.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Enfermeiras e enfermeiros são essenciais para avançar rumo à saúde universal**. Brasília: OPAS, 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5931:enfermeiras-e-enfermeiros-sao-essenciais-para-avancar-rumo-a-saude-universal-2&Itemid=844. Acesso em: 28 nov. 2020.

ORTEGA, D. B. *et al.* Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 168-173, 2017.

PADILHA, K. G. Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 5, p. 91-96, 2001.

PAESE, F.; SASSO, G. T. M. D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, 2013.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, supl.1, p. e0024678, 2020.

PIOLA, S. F. *et al.* Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-03.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

POLIT, D. F.; BECK C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap 9.

RAFTER, N. *et al.* The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals—a retrospective record review study. **BMJ Quality Safety**, London, v. 26, n. 2, p. 111–119, 2017.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ British Medical Association**, London, v. 320, n. 7237, p. 768-770, Mar. 2000.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

REIS, C. T. *et al.* Reliability validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 11, Nov. 2016.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, 2012.

REIS, F. F. P. *et al.* Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 6, n. 2, p. 34-48, jul./dez. 2017.

RIBEIRO, E. G. *et al.* Propriedades psicométricas do índice de vulnerabilidade clínico-funcional - 20 na atenção primária à saúde. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 24, p. e1332, fev. 2020.

ROBB, G.; SEDDON, M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come?. **The New Zealand Medical Journal**, Wellington, New Zealand, v. 123, n.1314, p. 68-78, May 2010.

- ROTHSCHILD, J. M. *et al.* The critical care safety study: the incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. **Critical Care Medicine**, Philadelphia, v. 33, n. 8, p. 1694-1700, Aug. 2005.
- SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. esp., p. 123-130, 2015.
- SANTOS, M. C. *et al.* Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 28, n. temático, p. 47-57, 2010.
- SARAIVA, D. M. R. F.; ALMEIDA, A. A. Tradução e adaptação cultural do Safety Attitudes Questionnaire: Short Form 2006 para Portugal. **Portuguese Journal of Public Health**, Lisboa, v. 35, n. 3, p.2-10, 2017.
- SARTOR, G. D.; SILVA B. F.; MASIERO, A. V. Segurança do paciente em hospitais de grande porte: panorama e desafios. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. esp., p. 01-08, 2016.
- SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. 3rd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2004.
- SCHWONKE, C. R. G. B. *et al.* Cultura de segurança: a percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas. **Enfermería Global**, Múrcia, España, n. 41, ene. 2016.
- SCOTT, T. *et al.* Implementing culture change in health care: theory and practice. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, UK, v. 15, n. 2, p. 111-118, Apr. 2003.
- SERAFIM, C. T. R. *et al.* Severity and workload related to adverse events in the ICU. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 942-948, set./out. 2017.
- SEXTON, J. B. *et al.* The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, London, v. 6, n. 44, 2006.
- SILVA JUNIOR, J. F. *et al.* Cultura de segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores de centro cirúrgico. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 136-142, 2020.
- SILVA, N. D. M. *et al.* Segurança do paciente na cultura organizacional: percepção das lideranças de instituições hospitalares de diferentes naturezas administrativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 490-497, maio/jun. 2016.
- SIMAN, A. G.; CUNHA, S. G. S.; BRITO, M. J. M. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, p. e03243, 2017.
- SORRA, J.; NIEVA, V. **Hospital survey on patient safety culture**. Rockville: AHRQ, 2004. (AHRQ Publication No. 04-0041). Disponível em:

<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>. Acesso em: 17 maio 2019.

SOUZA, C. S. *et al.* Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. spe, p. e20180294, 2019.

SOUZA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

SOUZA, R. F.; ALVES, A. S.; ALENCAR, I. G. M. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 1, p. 19-27, jan. 2018.

STAWICKI, S. P. *et al.* Introductory Chapter: patient safety is the cornerstone of modern health-care delivery systems. *In*: STAWICKI, S. P.; FIRSTENBERG, M. S. (Ed.). **Vignettes in patient safety**. London: IntechOpen, 2019. v. 4. Disponível em: <https://doi.org/10.5772/intechopen.83842>. Acesso em: 08 jul. 2020.

TENENHAUS, M. *et al.* PLS path modeling. **Computational Statistics and Data Analysis**, [S. l.], v. 48, n. 1, p. 159-205, Jan. 2005.

TEODORO, R. F. B. *et al.* Análise da notificação de eventos adversos através da pesquisa de cultura de segurança do paciente. **Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 463-470, jan./dez. 2020.

TOMAZONI, A. *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 161-169, 2015.

TONDO, J. C. A.; GUIRARDELLO, E. B. Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 6, p. 1355-1360, nov./dez. 2017.

TOSO, G. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, 2016.

VEGRO, T. C. *et al.* Cultura organizacional de um hospital privado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. e49776, jun. 2016.

VLAYEN, A. *et al.* Variability of patient safety culture in Belgian acute hospitals. **Journal of Psychiatric Practice**, Philadelphia, v. 11, n. 2, p. 110-121, Jun. 2015.

WHITE, H. A heteroskedasticity-consistent covariance matrix and a direct test for heteroskedasticity. **Econometrica**, [S. l.], v. 48, n. 4, p. 817-838, May 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Human factors in patient safety review of topics and tools**: report for methods and measures working group of WHO patient safety. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf. Acesso em: 08 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World alliance for patient safety: forward programme 2005**. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf. Acesso em: 10 fev. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World alliance for patient safety: forward programme 2008-2009**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70460/WHO_IER_PSP_2008.04_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 08 abr. 2020.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

No Registro COEP: _____ No Atividade: _____

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NAS EQUIPES DE SAÚDE DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO EM HOSPITAIS DA REGIÃO CENTRO SUL DE BELO HORIZONTE”. Pedimos a sua autorização para a coleta de dados referente a avaliação da cultura de segurança no seu ambiente de trabalho. Nesta pesquisa pretendemos avaliar a cultura de segurança na equipe multiprofissional de saúde através do instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) nas unidades de terapia intensiva adulto em hospitais da região centro-sul de Belo Horizonte. O HSOPSC é um questionário que avalia a cultura de segurança a nível individual, por unidade/setor hospitalar e do hospital como um todo. O instrumento aborda as seguintes dimensões: trabalho em equipe na unidade/serviço, expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança, aprendizagem organizacional/melhoria continuada, apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente, percepção de segurança, feedback e comunicação sobre erros, abertura para comunicação, frequência de eventos notificados, trabalho em equipe entre unidades, dimensionamento de pessoal, problemas em mudança de turno e transição entre unidades/serviços e respostas não punitivas ao erro. Os profissionais que podem participar dessa pesquisa são: técnicos/auxiliares de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e que atuem por no mínimo seis meses na respectiva unidade de terapia intensiva adulto. Existe risco mínimo associado ao estudo, como o desconforto, uma vez que o preenchimento do instrumento leva em torno de 10 minutos. O benefício esperado está em detectar as fragilidades da cultura nessas instituições e com isso elaborar programas que fortaleçam os pontos positivos e se trabalhem os pontos negativos.

O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo, sua participação é voluntária e a recusa não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador. No caso de aceite o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, o Sr.(a) poderá se recusar ao preenchimento do questionário, em qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo. Se houver algum tipo de arrependimento após o questionário ter sido entregue, o Sr. (a) poderá solicitar a exclusão da sua participação na pesquisa que será prontamente atendida.

O preenchimento do questionário poderá gerar alguns desconfortos como: arrependimento, constrangimento, ansiedade. Caso o Sr.(a) sinta a necessidade de atendimento psicológico devido a algum tipo de desconforto causado pelo preenchimento do questionário HSOPSC, os pesquisadores se comprometem a encaminhá-lo ao Serviço de Saúde Ocupacional da respectiva instituição.

Os pesquisadores tomarão todas as medidas para manter suas informações pessoais como nome e unidade de trabalho em sigilo. Caso seja detectada alguma falha na segurança do paciente, as informações serão repassadas ao Núcleo de Segurança do Paciente e à coordenação do setor da respectiva instituição, em forma de relatório preservando o anonimato de todos os participantes da pesquisa.

Os dados advindos desta pesquisa serão tratados de forma agregada e anônima, o que impede a rastreabilidade e identificação de qualquer um dos participantes. Ao finalizar o estudo, os resultados serão apresentados aos Núcleos de Segurança do Paciente das instituições participantes, na forma de relatório; os resultados também serão publicados em revistas científicas e congressos, não sendo revelada quaisquer informações a seu respeito.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Escola de Enfermagem da UFMG, e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos na sala 230 da Escola de Enfermagem da UFMG 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; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NAS EQUIPES DE SAÚDE DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO EM HOSPITAIS DA REGIÃO CENTRO SUL DE BELO HORIZONTE”, 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.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome completo do participante

Data

Assinatura do participante

Nome completo do Pesquisador Responsável: Isabel Yovana Quispe Mendoza
Endereço: Av Alfredo Balena 190, - Santa Efigênia, Belo Horizonte –

MG CEP: 30130-100 / Belo Horizonte – MG
Telefones: (31) 3409-9856
E-mail: isabelyovana@ufmg.br

Assinatura do pesquisador responsável	Data
Nome completo do Pesquisador: Bárbara Pequeno Andrade Rasslan Silva Endereço: Av Alfredo Balena 190, - Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG CEP: 30130-100 / Belo Horizonte – MG Telefones: (31) 3409-9829 E-mail: babi-bell@hotmail.com	

Assinatura do pesquisador (mestrando ou doutorando)	Data
Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901. E-mail: coep@prpq.ufmg.br . Tel: 34094592.	

APÊNDICE B– HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (HSOPSC)

Seção A - Sua área/unidade de trabalho

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

1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

2. Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

5. Às vezes, não se proporciona o melhor cuidado para o paciente porque a carga de trabalho é excessiva.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

6. Estamos adotando medidas para melhorar a segurança do paciente.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

7. A quantidade de profissional temporário/terceirizado é excessiva, prejudicando o cuidado do paciente.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

9. Quando se identifica um erro na atenção ao paciente, adotamos medidas para preveni-lo.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

10. Aqui não acontecem mais erros graves porque temos sorte.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

11. Quando alguém nesta unidade está sobrecarregado, recebe ajuda de seus colegas.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos sua efetividade.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

14. Nós trabalhamos sob pressão tentando fazer muito e rápido.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

15. A segurança do paciente nunca é comprometida em decorrência de maior quantidade de trabalho.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

16. Os profissionais temem que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

Seção B - O seu supervisor/chefe

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

19. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

20. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

21. Sempre que a demanda aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

22. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

Seção C - Comunicação

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

23. Somos informados sobre mudanças implementadas em decorrência de notificação de eventos.

Nunca Quase Nunca Às vezes Quase sempre Sempre Não se aplica /

Resposta em branco

24. Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente.

Nunca Quase Nunca Às vezes Quase sempre Sempre Não se aplica /

Resposta em branco

25. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.

Nunca Quase Nunca Às vezes Quase sempre Sempre Não se aplica /

Resposta em branco

26. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores.

Nunca Quase Nunca Às vezes Quase sempre Sempre Não se aplica /

Resposta em branco

27. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros a fim de evitar que eles se repitam.

Nunca Quase Nunca Às vezes Quase sempre Sempre Não se aplica /

Resposta em branco

28. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.

Nunca Quase Nunca Às vezes Quase sempre Sempre Não se aplica /

Resposta em branco

Seção D - Frequência de eventos notificados

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem as falhas a seguir, com que frequência elas são notificadas?

29. Os erros identificados e corrigidos antes de afetar o paciente são notificados com que frequência?

Nunca Quase Nunca Às vezes Quase sempre Sempre Não se aplica /

Resposta em branco

30. Os erros que não representam risco de dano ao paciente são notificados com que frequência?

Nunca Quase Nunca Às vezes Quase sempre Sempre Não se aplica /

Resposta em branco

31. Os erros que poderiam causar dano ao paciente, mas não causaram, são notificados com que frequência?

Nunca Quase Nunca Às vezes Quase sempre Sempre Não se aplica /

Resposta em branco

Seção E - O seu hospital

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

32. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

33. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

34. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido para outros setores do hospital?

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

35. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

36. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

37. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

38. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital."

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

39. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade máxima."

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

40. A direção do hospital só demonstra interesse na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso."

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

41. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

42. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.

Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente Não se aplica / Resposta em branco

Seção F - Informação adicional sobre seu Serviço/Unidade

43. Ao receber prescrições verbais sobre o tratamento, ou qualquer outro cuidado e procedimento a ser realizado com o paciente, o profissional que escuta repete a ordem em voz alta para quem a emitiu, para assegurar-se de que ela tenha sido bem compreendida?

Nunca Quase Nunca Às vezes Quase sempre Sempre Não se aplica / Resposta em branco

44. Ao receber prescrições verbais sobre o tratamento, cuidado ou procedimento a ser realizado com o paciente, os profissionais que recebem anotam a ordem no documento clínico correspondente?

Nunca Quase Nunca Às vezes Quase sempre Sempre Não se aplica / Resposta em branco

45. Antes de realizar uma nova prescrição, revisa-se a lista de medicamentos que o paciente está tomando?

Nunca Quase Nunca Às vezes Quase sempre Sempre Não se aplica / Resposta em branco

46. Todas as mudanças na medicação são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente

- Nunca Quase Nunca Às vezes Quase sempre Sempre Não se aplica /
Resposta em branco

47. As informações que afetam o diagnóstico do paciente são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente?

- Nunca Quase Nunca Às vezes Quase sempre Sempre Não se aplica /
Resposta em branco

48. Antes de assinar o consentimento informado, solicita-se ao paciente ou ao seu representante que repita o que ele entendeu sobre os possíveis riscos de se submeter ou recusar o exame, cirurgia ou tratamento envolvido? (Responder se for profissional médico)

- Nunca Quase Nunca Às vezes Quase sempre Sempre Não se aplica /
Resposta em branco

49. Em pacientes provavelmente terminais, indagam-se com antecedência as suas preferências sobre as condutas de manutenção da vida? (Responder somente se a sua unidade atende pacientes provavelmente terminais).

- Nunca Quase Nunca Às vezes Quase sempre Sempre Não se aplica /
Resposta em branco

50. Os profissionais recebem prescrições verbais relacionadas à quimioterapia? (Responder somente se a sua unidade oferece tratamento quimioterápico).

- Nunca Quase Nunca Às vezes Quase sempre Sempre Não se aplica /
Resposta em branco

51. Durante a alta, os pacientes recebem orientações verbais e escritas quanto à continuidade dos cuidados no domicílio e acompanhamento ambulatorial?

- Nunca Quase Nunca Às vezes Quase sempre Sempre Não se aplica /
Resposta em branco

Seção G - Informações Gerais

52. Por favor, marque a nota que você daria para a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

- Péssimo Ruim Regular Bom Excelente

53. Há quanto tempo (em anos) você trabalha neste hospital?*

54. Há quanto tempo (em anos) você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?*

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

56. Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e registrou?*

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

SIM, eu costumo ter contato ou interação direta com os pacientes NÃO, eu NÃO costumo ter contato ou interação direta com os pacientes

58. Há quanto tempo (em anos) você trabalha na sua especialidade ou profissão atual?*

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

Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem Médico do Corpo Clínico Médico Residente Farmacêutico Nutricionista Assistente Social Odontólogo Psicólogo Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo Técnico (por ex., ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia) Administração/Direção Auxiliar administrativo/Secretário Outros

62. Qual é a sua principal área/unidade de trabalho? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.

Diversas unidades do hospital / Nenhuma unidade específica Medicina Clínica Cirurgia Obstetrícia Pediatria Emergência Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo) Psiquiatria/Saúde mental Reabilitação Farmácia Laboratório Radiologia Anestesiologia Outros

Seção H: Seus comentários

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erro ou notificação de eventos no seu hospital.*

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP DO HOSPITAL A**HOSPITAL A****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NAS EQUIPES DE SAÚDE DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO EM HOSPITAIS DA REGIÃO CENTRO SUL DE BELO HORIZONTE.

Pesquisador: Isabel Yovana Quispe Mendoza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14845319.9.3006.5119

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.768.334

Apresentação do Projeto:

Estudo já apreciado e aprovado por este CEP, sendo que nesta notificação os autores solicitam EMENDA para inclusão de novos centros de coleta.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo da Emenda:

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Não há geração de novos riscos pois a metodologia não será alterada.

BENEFÍCIOS: Melhora da abrangência estatística e poder de conclusão do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Emenda devidamente solicitada e justificada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Foram apresentados todos os termos necessários.

Recomendações:

- Enviar semestralmente ao os relatórios parciais e/ou final da pesquisa via

Continuação do Parecer: 3.768.334

Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda autorizada com base na metodologia e nos documentos apresentados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Carta_Emenda.pdf	04/11/2019 14:51:10	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/09/2019 16:47:33	Bárbara Pequeno Andrade Rasslan Silva	Aceito
Outros		03/09/2019 16:45:02	Bárbara Pequeno Andrade Rasslan Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador		17/07/2019 16:15:45	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito
Outros		17/07/2019 16:05:50	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito
Outros		17/07/2019 16:02:04	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito
Outros		17/07/2019 16:01:23	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 13 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Vanderson Assis Romualdo
(Coordenador(a))

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP DO HOSPITAL B**HOSPITAL B****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NAS EQUIPES DE SAÚDE DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO EM HOSPITAIS DA REGIÃO CENTRO SUL DE BELO HORIZONTE.

Pesquisador: Isabel Yovana Quispe Mendoza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14845319.9.3007.5136

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.705.846

Apresentação do Projeto:

1 INTRODUÇÃO Apesar de recente a sua aplicabilidade no âmbito da saúde, a segurança do paciente foi um assunto abordado por Hipócrates (460 a 370 a.C.), quando instituiu o seguinte postulado, Primum non nocere, que significa não cause o dano. O pai da medicina desde essa época sabia que o cuidado poderia causar algum tipo de dano ao paciente¹. Porém o tema de segurança do paciente ganhou relevância no ano 2000, com a publicação do relatório do Institute of Medicine (IOM) To Err is Human². Nesse documento relatou-se que houve 33,6 milhões de internações hospitalares nos EUA em 1997, dos quais 44 mil a 98 mil americanos morreram em hospitais, anualmente, devido a erros no âmbito da saúde. Resultados de estudos publicados no relatório do Institute of Medicine, refletem que em Colorado e Utah, a porcentagem de eventos adversos (EA) durante as internações foram de 2,9% e 3,7%, respectivamente. Esses dados superaram outros tipos de morte e ameaças, muito temidas, na época como o câncer de mama e AIDS². A publicação desses dados suscitaram imediatas ações em prol da segurança do paciente. A Organização Mundial de Saúde em 2004 lançou o World Alliance for Patient Safety, programa que tem como objetivo principal proporcionar maior segurança aos pacientes através de três ações:

Continuação do Parecer: 3.705.846

prevenir os eventos adversos, tornar os eventos adversos visíveis e diminuir os efeitos dos eventos adversos, quando eles acontecem³. No Brasil, o Ministério da Saúde em 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) através da Portaria nº 529, cujo objetivo é a qualificação do cuidado em saúde, abrangendo todos os estabelecimentos em território nacional⁴. Por outro lado, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a RDC nº 36 em 25 de julho de 2013, que objetiva instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria dos serviços de saúde. Esta resolução promove a formação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; além da vigilância, monitoramento e notificação dos eventos adversos⁵. Considera-se importante conhecer dados referentes à ocorrência de EA. Assim no Reino Unido em 2005, o Departamento de Saúde informou que aproximadamente 10% dos pacientes internados apresentaram EA⁴. Outro estudo realizado em Nova Zelândia, com 6.579 prontuários de pacientes, mostrou 12,9% de eventos adversos associados a internações e, destes, aproximadamente, 35% eram evitáveis⁵. No Brasil, a ANVISA publicou dados dos EA notificados pelas instituições hospitalarias, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, neste foram confirmados 272.689 incidentes, dos quais Minas Gerais teve o maior número de incidentes 59.473 em relação aos outros estados do país⁶. Diante essa realidade, nas últimas décadas é possível observar o aumento da preocupação das instituições governamentais, especialistas, pesquisadores, gestores e profissionais da área da saúde voltada para a segurança do paciente⁷. No entanto, para instituir ações no processo de segurança do paciente é imprescindível que a cultura de segurança seja uma prática estruturada dentro das instituições. A cultura de segurança como o “conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde”⁸. A cultura de segurança promove um processo de comunicação adequada, confiança, aprendizado organizacional, comprometimento coletivo em relação aos aspectos de segurança, liderança e abordagem não punitiva ao erro⁹. Atualmente, se reconhece que a principal barreira para uma assistência segura não é somente a falta de conhecimento dos profissionais, mas sim um sistema de organização de saúde culturalmente fragilizado, refletida em comportamentos negativos na prática assistencial¹⁰. Ao avaliar a cultura de segurança de um determinado ambiente é possível identificar e gerir questões relevantes à segurança do paciente,

Continuação do Parecer: 3.705.846

nas rotinas e condições de trabalho. Além disso, possibilita o acesso a informações relacionadas aos comportamentos dos funcionários sobre questões que envolvem a segurança do paciente, possibilitando assim, a identificação dos pontos fortes e fracos da cultura de segurança na instituição¹¹. A ocorrência dos EA se dá em todos os ambientes de assistência à saúde, porém na unidade de terapia intensiva (UTI), o risco é maior, devido a suas características. O cuidado a pacientes críticos, nesta unidade, demanda recursos humanos, tecnológicos e processos de trabalho extremamente complexos e especializados. Além do número elevado de procedimentos que torna o ambiente susceptível à ocorrência de EA¹². Isso pode ser evidenciado pelos resultados de estudos realizados nesta unidade. Assim, em UTI da cidade de Petrolina constatou-se que dos 138 prontuários analisados, no período de março a julho de 2016, ocorreram 152 registros de EA¹³. Outro estudo realizado em 2013, em hospital privado da cidade de São Paulo, foi constatou que no período de quatro meses, foi encontrado 39 casos de EA dos 304 pacientes adultos internados na UTI¹⁴. Apesar de existirem vários estudos sobre cultura de segurança em outros contextos, nenhum deles foi conduzido em amostra representativa da equipe multidisciplinar, em profissionais de terapia intensiva adulto. A presente pesquisa será direcionada pela seguinte pergunta: Como é a cultura de segurança da equipe multiprofissional das unidades de terapia intensiva adulto, nos hospitais da região Centro Sul de Belo Horizonte?

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: • Avaliar a cultura de segurança na equipe multiprofissional de saúde através do instrumento HSOPSC nas unidades de terapia intensiva adulto em hospitais da região centro-sul de Belo Horizonte
Objetivo Secundário: • Analisar o perfil sociodemográfico da equipe multiprofissional que atua em uma unidade de terapia intensiva adulto. • Identificar as dimensões fortes e fracas existentes da cultura de segurança nas unidades de terapia intensiva adulto. • Comparar a cultura de segurança na terapia intensiva adulto entre os hospitais da região Centro Sul de BH.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: . Existe um desconforto e risco mínimo para o participante responder o questionário como: cansaço e alteração da rotina de trabalho, uma vez que o preenchimento do instrumento leva em torno de 10 minutos

Benefícios: O benefício esperado está em detectar as fragilidades da cultura

Continuação do Parecer: 3.705.846

nessas instituições e com isso elaborar programas que fortaleçam os pontos positivos e se trabalhem os pontos negativos. Caso seja identificado e comprovado algum tipo de ansiedade ou transtorno psicológico advindo do preenchimento do questionário HSOPSC os pesquisadores irão fornecer atendimento psicológico e psiquiátrico para que o participante retorne ao seu estado inicial prévio a participação da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda a projeto previamente aprovado, de maneira a incluir um centro participante não previsto originalmente. Houve alterações substanciais ao longo das revisões de comitês de éticas diversos e o projeto foi aprovado no COEP da UFMG e neste próprio A pergunta a que o projeto pretende responder é pertinente, interessante e relevante para o paciente, embora essencialmente descritiva, dizendo respeito à cultura de segurança de unidades de terapia intensiva. Houve aprovação institucional pela gerência de ensino e pesquisa desta unidade e pela Diretoria de Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Há apresentação de cronograma explícito e claro em relação a aprovação do CEP e início de coleta de dados, assim como a definição de fonte pagadora, orçamento, TCLE claro e em linguagem acessível aos participantes, com contatos em caso de necessidade de se acionar o pesquisador/COEP. Há definições sobre riscos e benefícios e demonstra-se a aplicação de questionário previamente validado. A metodologia define tamanho amostral, variáveis e critérios de inclusão e exclusão, além da metodologia analítica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo a aprovação do projeto por atender as considerações éticas atuais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovação do projeto por atender as considerações éticas atuais.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Continuação do Parecer: 3.705.846

Outros	Carta_Emenda.pdf	04/11/2019 14:51:10	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/09/2019 16:47:33	Bárbara Pequeno Andrade Rasslan Silva	Aceito
Outros		03/09/2019 16:45:02	Bárbara Pequeno Andrade Rasslan Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador		17/07/2019 16:15:45	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito
Outros		17/07/2019 16:05:50	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito
Outros		17/07/2019 16:02:04	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito
Outros		17/07/2019 16:01:23	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 14 de Novembro de 2019

Assinado por:
ADIRSON MONTEIRO DE CASTRO
(Coordenador(a))

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 225, 11º andar
Bairro: Santa Efigênia **CEP:** 30.130-110
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3237-2813 **Fax:** (31)3237-2273 **E-mail:** cep.hgip@psemg.mg.gov.br

ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP DO HOSPITAL C**HOSPITAL C****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NAS EQUIPES DE SAÚDE DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO EM HOSPITAIS DA REGIÃO CENTRO SUL DE BELO HORIZONTE.

Pesquisador: Isabel Yovana Quispe Mendoza

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 14845319.9.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.683.789

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda a projeto de pesquisa aprovado justificado no formulário de informações básicas:

"Os pesquisadores viram a necessidade de acrescentar um hospital como coparticipante com o objetivo de atender o cálculo amostral. Retificar os dados do comitê de ética e pesquisa da rede FHEMIG (CNPJ), uma vez que o CEP FHEMIG não recebeu o projeto como coparticipante".

Objetivo da Pesquisa:

Conforme formulário de informações básicas atual:

Objetivo Primário:

- Avaliar a cultura de segurança na equipe multiprofissional de saúde através do instrumento HSOPSC nas unidades de terapia intensiva adulto em hospitais da região centro-sul de Belo Horizonte

Objetivo Secundário:

-

Analisar o perfil sociodemográfico da equipe multiprofissional que atua em uma unidade de terapia intensiva adulto. • Identificar as dimensões fortes e fracas existentes da cultura de

Continuação do Parecer: 3.683.789

segurança nas unidades de terapia intensiva adulto. • Comparar a cultura de segurança na terapia intensiva adulto entre os hospitais da região Centro Sul de BH.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterada em relação à última versão do projeto aprovado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os mesmos da última versão do projeto aprovado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

T e r m o s p a r a e s t a e m e n d a -
 If -

Recomendações:

Ver conclusões e pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- O não se opõe à inclusão das instituições coparticipantes. Cabe aos pesquisadores atenderem exigências dos CEPs das coparticipantes para realização do estudo, respeitada a autonomia dos CEPs.
- O também considera adequada a mudança de título da pesquisa proposta na emenda.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto		04/11/2019 15:02:10		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura		04/11/2019 14:56:56	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito
Declaração de Pesquisadores		04/11/2019 14:56:34	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito

Continuação do Parecer: 3.683.789

Declaração de Instituição e Infraestrutura		04/11/2019 14:56:20	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito
Outros		04/11/2019 14:51:10	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência		03/09/2019 16:47:33	Bárbara Pequeno Andrade Rasslan Silva	Aceito
Outros		03/09/2019 16:45:02	Bárbara Pequeno Andrade Rasslan Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador		17/07/2019 16:15:45	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito
Outros		17/07/2019 16:05:50	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito
Outros		17/07/2019 16:02:04	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito
Outros		17/07/2019 16:01:23	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito
Cronograma		13/05/2019 16:44:10	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito
Folha de Rosto		13/05/2019 16:36:51	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 05 de Novembro de 2019

Assinado por:
Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))

ANEXO D – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP DO HOSPITAL D**HOSPITAL D****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NAS EQUIPES DE SAÚDE DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO EM HOSPITAIS DA REGIÃO CENTRO SUL DE BELO HORIZONTE.

Pesquisador: Isabel Yovana Quispe Mendoza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14845319.9.3010.5125

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.769.934

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa, tipo survey. Os estudos transversais realizam a coleta de dados de um determinado ponto temporal, tornando-se apropriado para descrever o estado de fenômenos ou relações entre fenômenos de um ponto fixo.

O estudo será realizado nas unidades de terapia intensiva adulto de nove hospitais particulares e públicos da região centro-sul de Belo Horizonte, por questões éticas e de confidencialidade os respectivos hospitais serão caracterizados como, Hospital A, Hospital B, Hospital C, Hospital D, Hospital E, Hospital F, Hospital G, Hospital H e Hospital I.

A população do estudo será composta por membros da equipe multiprofissional que atuam em unidades de terapia intensiva adulto: médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e fisioterapeutas. Os critérios de inclusão utilizados para compor a amostra do estudo serão: trabalhar na unidade de terapia intensiva adulta referente por no mínimo seis meses, ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias (TCLE), ser enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, médico ou fisioterapeuta. Como critério de exclusão os seguintes critérios foram elencados: profissionais que estiverem afastados do trabalho por critérios de licença médica, licença maternidade, licença prêmio, profissionais que não componham a equipe multiprofissional escolhida neste estudo (enfermeiro, médico, técnico/auxiliar de enfermagem e fisioterapeuta), e funcionários que se recusarem a assinar o TCLE.

Continuação do Parecer: 3.769.934

Uma variedade de instrumentos que buscam avaliar a cultura de segurança nas instituições de saúde já foram criadas, porém o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) desenvolvido pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)^{30,31}, é considerado um instrumento válido, confiável, eficiente e atualmente é uma das ferramentas mais utilizadas no mundo para a avaliação da cultura de segurança nos serviços de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar a cultura de segurança na equipe multiprofissional de saúde através do instrumento HSOPSC nas unidades de terapia intensiva adulto em hospitais da região centro-sul de Belo Horizonte

Objetivos Secundários:

- Analisar o perfil sociodemográfico da equipe multiprofissional que atua em uma unidade de terapia intensiva adulto.
- Identificar as dimensões fortes e fracas existentes da cultura de segurança nas unidades de terapia intensiva adulto.
- Comparar a cultura de segurança na terapia intensiva adulto entre os hospitais da região Centro Sul de BH.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Existe um desconforto e risco mínimo para o participante responder o questionário como: cansaço e alteração da rotina de trabalho, uma vez que o preenchimento do instrumento leva em torno de 10 minutos.

Benefícios:

O benefício esperado está em detectar as fragilidades da cultura nessas instituições e com isso elaborar programas que fortaleçam os pontos positivos e se trabalhem os pontos negativos. Caso seja identificado e comprovado algum tipo de ansiedade ou transtorno psicológico advindo do preenchimento do questionário HSOPSC os pesquisadores irão fornecer atendimento psicológico e psiquiátrico para que o participante retorne ao seu estado inicial prévio a participação da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante, de fundamental importância nas instituições de saúde e para conhecimento da equipe multiprofissional de saúde. O desenho metodológico está bem elaborado, atende todos os itens preconizados pela Res.466/12 do CNS. Referências atualizadas e pertinentes ao estudo

Continuação do Parecer: 3.769.934

proposto.O cronograma é exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adocumentação está completa. e os termos com considerações adequadas.

Recomendações:

Enviar relatórios semestrais e final ao CEP/

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto		20/11/2019 09:04:55		Aceito
Outros		04/11/2019 14:51:10	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência		03/09/2019 16:47:33	Bárbara Pequeno Andrade Rasslan Silva	Aceito
Outros		03/09/2019 16:45:02	Bárbara Pequeno Andrade Rasslan Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador		17/07/2019 16:15:45	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito
Outros		17/07/2019 16:05:50	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito
Outros		17/07/2019 16:02:04	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito
Outros		17/07/2019 16:01:23	Isabel Yovana Quispe Mendoza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Continuação do Parecer: 3.769.934

BELO HORIZONTE, 13 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Selme Silqueira de Matos
(Coordenador(a))