



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Leonor Coelho da Silva

**Percepção da cultura de segurança na emergência de um hospital militar
em tempos de pandemia da COVID-19: estudo de método misto**

Rio de Janeiro

2022

Leonor Coelho da Silva

**Percepção da cultura de segurança na emergência de um hospital militar em tempos de
pandemia da COVID-19: estudo de método misto**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Célia Pereira Caldas

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S586 Silva, Leonor Coelho da.
Percepção da cultura de segurança na emergência de um hospital militar em tempos de pandemia da COVID-19: estudo de método misto/ Leonor Coelho da Silva. - 2022.
221 f.

Orientadora: Célia Pereira Caldas.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Cultura organizacional. 2. Segurança do Paciente. 3. Pessoal de saúde. 4. Serviço de Emergência Hospitalar. 5. COVID-19. 6. Hospitais Militares. I. Caldas, Célia Pereira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária: Diana Amado B. dos Santos CRB7/6171

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Leonor Coelho da Silva

**Percepção da cultura de segurança na emergência de um hospital militar em tempos de
pandemia da COVID-19: estudo de método misto**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 17 de outubro de 2022.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Célia Pereira Caldas (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Rosane Barreto Cardoso

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Sabrina da Costa Machado Duarte

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Cintia Silva Fassarella

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Frances Valéria Costa e Silva

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2022

DEDICATÓRIA

Ao meu sobrinho Gabriel Antônio, prova viva do amor e da misericórdia de Deus. A titia dedica a você um amor imenso e incondicional. Você é minha motivação, minha razão para continuar.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir olhar para trás e enxergar apenas um par de pegadas.

Aos meus pais Antônio (*in memoriam*) e Cleuza pelo amor, incentivo e por me apoiarem desde o início da minha jornada. Vocês são preciosos demais para mim. Eu os amo!

Ao meu amor, amigo, incentivador, Gustavo Angelo, e sua querida mãe, Vera de Oliveira, pelo carinho, apoio e incansável ajuda.

À Prof.^a Dra. Célia Pereira Caldas, grande mulher e grande educadora. Muita gratidão pelo incentivo, ensinamentos e compreensão, na certeza de que consegui atingir meus objetivos por tê-la como minha orientadora. Seu acolhimento foi fundamental para que esta jornada fosse possível e aprazível. Meu muito obrigada e que Deus te ilumine sempre.

À Prof.^a Dra. Iraci dos Santos, pelos ensinamentos e por me receber no mestrado e no doutorado. Sua história é inspiradora.

À Prof.^a Dra. Cintia Fassarella, pela ajuda e colaboração.

À Prof.^a Dra. Frances, grande amiga e incentivadora. Você é uma inspiração!

Aos membros da banca, pelo cuidado, atenção, contribuições e por doarem seu tempo para que eu conseguisse atingir meu objetivo.

À minha equipe de trabalho, CT (S) Patrícia Tavares, SO- EF Lourenço e 3SG-EF Jonathan, muito obrigada pelo apoio e pela compreensão, é uma honra fazer parte deste time.

Ao diretor do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), o CA (Md) Oscar Passos, pela oportunidade de trabalhar em prol da segurança do paciente e por apoiar e incentivar as ações do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

Aos participantes da pesquisa, pelo agradável convívio e por construírem comigo este trabalho. Minha eterna gratidão a cada um de vocês.

Aos Grupos de Pesquisa: da Linha do Cuidar e Tecnologia em Saúde e Enfermagem no Contexto da Segurança do Paciente em Ambiente Hospitalar (TESPAH), pela troca de conhecimento e contribuições.

Aos docentes e técnicos administrativos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UERJ).

Quando penso que cheguei ao meu limite, descubro que tenho forças para ir além.

Ayrton Senna da Silva

RESUMO

SILVA, Leonor Coelho da. **Percepção da cultura de segurança na emergência de um hospital militar em tempos de pandemia da COVID-19**: estudo de método misto. 2022. 221 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

As investigações acerca da avaliação da cultura de segurança e o impacto na gestão em saúde são essenciais para uma assistência segura. O novo coronavírus, SARS- CoV- 2, causou uma epidemia de síndrome respiratória aguda em humanos, sendo caracterizada como pandemia em 11 de março de 2020. O **objeto** desta tese foi a percepção sobre a cultura de segurança do paciente no Serviço de Emergência de um hospital militar. A partir das **perguntas**: “qual é o nível de percepção sobre a cultura de segurança do paciente pela equipe multiprofissional do Serviço de Emergência de um hospital militar em tempos de pandemia da COVID-19?” e “como fortalecer a percepção sobre a cultura de segurança do paciente no Serviço de Emergência de um hospital militar em face da pandemia da COVID-19?” foram formulados os seguintes **objetivos**: **Geral**: analisar a percepção sobre a cultura de segurança do paciente no Serviço de Emergência de um hospital militar durante a pandemia da COVID-19. **Específicos**: identificar a percepção da cultura de segurança pela equipe multiprofissional do serviço de emergência de um hospital militar em face da pandemia da COVID-19; discutir com a equipe a percepção sobre as dimensões da cultura de segurança identificadas na unidade; e construir com a equipe multiprofissional da emergência de um hospital militar um plano de ação, considerando a percepção das dimensões de cultura de segurança consideradas frágeis diante da COVID-19. **Metodologia**: estudo de método misto de projeto sequencial explanatório. A fase quantitativa foi transversal, os dados foram coletados através da aplicação do HSOPSC em outubro de 2021, respondido por 63 profissionais; e a fase qualitativa utilizou o método da pesquisa participativa, os dados e o plano de ação foram construídos pelo GF, composto por 13 participantes, em abril de 2022, após ter sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UERJ sob o número CAAE: 47252821.0.0000.5282 e do IPB do HNMD sob o número CAAE: 47252821.0.3001.5256. **Resultados**: nove dimensões foram consideradas frágeis, “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores”; “Retorno informação e comunicação a respeito de erro”; “Abertura de comunicação – melhoria contínua; “Profissionais (quadro de pessoal)””; “Suporte da gestão para a segurança do paciente”; “Trabalho em equipe entre as unidades”; “Passagem de plantão ou transferências internas”; “Percepções gerais sobre segurança do paciente”; e “Frequência de eventos notificados”. Somente “Trabalho em equipe dentro da unidade” foi considerada dimensão forte. Aprendizado organizacional”; e “Resposta não punitiva ao erro” foram consideradas dimensões neutras. **Conclusão**: o fortalecimento da cultura organizacional deve ser um objetivo estratégico da alta administração. Metas de indicadores de desempenho devem ser traçados, com vistas a atingir este objetivo. A participação dos colaboradores nas ações de segurança do paciente, bem como meios e infraestrutura para que atuem de forma segura são fundamentais para a prestação do cuidado seguro.

Palavras-chave: Cultura de Segurança. Segurança do Paciente. Profissional de Saúde.

Serviço de Emergência Hospitalar. COVID-19. Hospitais Militares.

ABSTRACT

SILVA, Leonor Coelho da. **Safety culture in the emergence of a military hospital in times of pandemic COVID-19**: mixed method study. 2022. 221 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Investigations into the assessment of safety culture and the impact on health management are essential for safe care. In December 2019, in Wuhan, there was the identification and characterization of a new coronavirus, SARS-CoV-2, which caused an epidemic of acute respiratory syndrome in humans, being characterized as a pandemic on March 11, 2020. The **object** of this thesis was the perception of the patient safety culture in the Emergency Service. From the questions: "what is the level of perception about the culture of patient safety by the multiprofessional team of the Emergency Service of a military hospital in times of a COVID-19 pandemic?" and "how to strengthen the perception of the culture of patient safety in the Emergency Service of a military hospital in face of the COVID-19 pandemic?" the following **objectives** were formulated: **General**: investigate the perception of the patient safety culture in the Emergency Service of a military hospital during the COVID-19 pandemic. **Specific**: identify the perception of the safety culture by the multidisciplinary team of the Emergency Service of a military hospital in the face of the COVID-19 pandemic; discuss with the team the perception of the dimensions of the safety culture identified in the unit; and build with the multiprofessional emergency team of a military hospital an action plan, considering the perception of the dimensions of safety culture considered fragile against COVID-19. **Methodology**: mixed method study of explanatory sequential design. The quantitative approach was transversal, using the survey method, and the data were collected through the application of the HSOPSC in October 2021, answered by 63 professionals; and the qualitative approach used the participatory research method, the data and the action plan were built by the FG composed by 13 participants, in April 2022; carried out in the Emergency Service of a military hospital in the State of Rio de Janeiro, after being submitted and approved by the Research Ethics Committee of UERJ under the number CAAE: 47252821.0.0000.5282 and the IPB of the HNMD under CAAE number: 47252821.0.3001.5256. **Results**: nine dimensions were considered fragile: "Expectations and actions to promote the safety of supervisors"; "Return information and communication regarding error"; "Open communication – continuous improvement"; "Professionals (staff)"; "Management support for patient safety"; "Teamwork between units"; "Shift change or internal transfers"; "General perceptions of patient safety"; and "Frequency of reported events". Only "Teamwork within the unit" was considered a strong dimension. Organizational learning"; and "Non-punitive response to error" were considered neutral dimensions. **Conclusion**: the strengthening of organizational culture should be a strategic objective of top management. Goals of performance indicators must be traced, with a view to achieving this objective. The participation of employees in patient safety actions, as well as the means and infrastructure for them to act safely, are fundamental for the provision of safe care.

Keywords: Safety Culture. Patient safety. Healthcare professional.

Hospital Emergency Service. COVID-19. Military Hospitals.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da busca na literatura e processo de seleção. Rio de Janeiro, 2020.....	31
Figura 2 - Fluxograma da busca na literatura e processo de seleção. Rio de Janeiro, 2022.....	41
Figura 3 - Modelo do “Queijo Suíço” de Reason.....	58
Figura 4 - Versão prototípica do projeto sequencial explanatório.....	62
Figura 5 - Desenho da pesquisa.....	62
Figura 6 - Cálculo amostral. Rio de Janeiro, 2020.....	67
Figura 7 - Apresentação dos resultados das Fases Quantitativa, Qualitativa e Integração.....	82
Figura 8 - Idade em anos.....	85
Figura 9 - Tempo de serviço.....	86
Figura 10 - Dendrograma demonstrativo da distribuição das classes de análise lexical. Iramutec. Rio de Janeiro- RJ- 2022.....	128
Figura 11 - Dendrograma demonstrativo da distribuição das classes geradas pelo Iramutec, com palavras com maior x^2 . Rio de Janeiro- RJ- 2022.....	129
Figura 12 - Dimensão forte para a cultura de segurança do paciente e fatores que contribuem para essa percepção.....	134
Figura 13 - Dimensões neutras para a cultura de segurança do paciente e fatores que contribuem para essa percepção.....	135
Figura 14 - Dimensões frágeis para a cultura de segurança do paciente e fatores que contribuem para essa percepção.....	136
Figura 15 - Dimensões frágeis para a cultura de segurança do paciente e fatores que contribuem para essa percepção.....	137

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Dimensões avaliadas.....	91
Gráfico 2 -	Correlação das dimensões da cultura de segurança com as variáveis idade e tempo de profissão.....	126
Gráfico 3 -	Correlação das dimensões da cultura de segurança com a variável escolaridade.....	127

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Busca realizada nas bases de dados. Rio de Janeiro, 2020.....	29
Quadro 2 -	Características dos estudos incluídos (n=8). Rio de Janeiro, 2020.....	33
Quadro 3 -	Busca realizada nas bases de dados. Rio de Janeiro, 2022.....	40
Quadro 4 -	Características dos estudos incluídos (n=8). Rio de Janeiro, 2022.....	43
Quadro 5 -	Conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde.....	52
Quadro 6 -	Distribuição das dimensões, itens, resultados, indicadores HSOPSC.....	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização socioprofissional da equipe multiprofissional.....	84
Tabela 2 -	Dimensões referentes à unidade/serviço.....	87
Tabela 3 -	Dimensões referentes ao hospital.....	89
Tabela 4 -	Dimensões referentes aos aspectos gerais de segurança do paciente.....	90
Tabela 5 -	Nota de segurança do paciente na unidade.....	92
Tabela 6 -	Frequência de eventos notificados nos últimos 12 meses.....	92
Tabela 7 -	Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente a nível do Serviço de Emergência e a categoria profissional. Rio de Janeiro, RJ- 2022.....	94
Tabela 8 -	Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao nível do hospital e categoria profissional. Rio de Janeiro, 2022.....	95
Tabela 9 -	Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes aos aspectos gerais de segurança do paciente e categoria profissional. Rio de Janeiro, 2022.....	96
Tabela 10 -	Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao Serviço de Emergência e faixa etária. Rio de Janeiro, 2022.....	98
Tabela 11 -	Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao nível do hospital e faixa etária. Rio de Janeiro, 2022.....	99
Tabela 12 -	Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes aos aspectos gerais de segurança do paciente e faixa etária. Rio de Janeiro, 2022.....	100
Tabela 13 -	Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao nível do Serviço de Emergência e o tempo de experiência no hospital. Rio de Janeiro, 2022.....	101
Tabela 14 -	Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao nível do hospital e o tempo de experiência no hospital. Rio de Janeiro, 2022.....	102

Tabela 15 - Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes aos aspectos gerais de segurança do paciente e tempo de experiência no hospital. Rio de Janeiro, 2022.....	103
Tabela 16 - Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao Serviço de Emergência e o tempo de experiência na atual área/unidade do hospital. Rio de Janeiro, 2022.....	105
Tabela 17 - Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao nível do hospital e o tempo de experiência na atual área/unidade do hospital. Rio de Janeiro, 2022.....	107
Tabela 18 - Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes aos aspectos gerais de segurança do paciente e o tempo de experiência na atual área/unidade do hospital. Rio de Janeiro, 2022.....	108
Tabela 19 - Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao Serviço de Emergência e o posto ou graduação. Rio de Janeiro, 2022.....	110
Tabela 20 - Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao nível do hospital e o posto ou graduação. Rio de Janeiro, 2022.....	111
Tabela 21 - Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes aos aspectos gerais de segurança do paciente e o posto ou graduação. Rio de Janeiro, 2022.....	112
Tabela 22 - Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao Serviço de Emergência e o corpo/quadro. Rio de Janeiro, 2022.....	114
Tabela 23 - Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao nível do hospital e o corpo/quadro. Rio de Janeiro, 2022...	115
Tabela 24 - Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes aos aspectos gerais de segurança do paciente e o corpo ou quadro. Rio de Janeiro, 2022.....	116
Tabela 25 - Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao Serviço de Emergência e a escolaridade. Rio de Janeiro, 2022.....	118

Tabela 26 -	Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao nível do hospital e a escolaridade. Rio de Janeiro, 2022....	119
Tabela 27 -	Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referente aos aspectos gerais de segurança do paciente e a escolaridade. Rio de Janeiro, 2022.....	120
Tabela 28 -	Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao Serviço de Emergência e o sexo. Rio de Janeiro, 2022.....	122
Tabela 29 -	Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao nível do hospital e o sexo. Rio de Janeiro, 2022.....	123
Tabela 30 -	Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes aos aspectos gerais de segurança do paciente e o sexo. Rio de Janeiro, 2022.....	123
Tabela 31 -	Correlação entre as dimensões de segurança do paciente com as variáveis idade, tempo de profissão e escolaridade. Rio de Janeiro, 2022.....	124
Tabela 32 -	Palavras com maior associação com as Classes 1, 2 e 3. Rio de Janeiro-RJ-2022.....	130
Tabela 33 -	Plano de ação considerando as dimensões frágeis para a segurança do paciente.....	139

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1 TEN	Primeiro-Tenente
2 TEN	Segundo-Tenente
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPPq	Comitê Avaliador de Projeto de Pesquisa
CAP-QAP	Corpo Auxiliar de Praça e Quadro Auxiliar Praça
CB-EF	Cabo Enfermeiro
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CF	Capitão de Fragata
CHD	Classificação hierárquica descendente
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COREQ	<i>Consolidated criteria for reporting qualitative research</i>
COVID-19	<i>Coronavirus Disease</i>
CPRM	Corpo de Praças da Reserva da Marinha
CSM	Corpo de Saúde da Marinha
CT	Capitão Tenente
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DIP	Doenças Infecto Parasitárias
EA	Evento adverso
EMBASE	<i>Excerpta Medica DataBase</i>
EMTREE	<i>Embase Subject Headings</i>
GF	Grupo Focal
HNMD	Hospital Naval Marcílio Dias
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
IC	Intervalo de confiança
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i>

IRAMUTEC	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaire</i>
JCAH	<i>Joint Comission Accreditation of Hospitals</i>
JCAHO	<i>Comission Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Md	Quadro de Médicos
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MMAT	<i>Mixed Methods Appraisal Tool</i>
mRNA	<i>Messenger Ribonucleic acid</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OM	Organização Militar
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSCHO	<i>Patient Safety Climate in Healthcare Organization</i>
PSP	Programa de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RM2	Reserva Remunerada de Segunda Classe
S	Quadro de Apoio à Saúde
SAQ	<i>Safety Attitude Questionnaire</i>
SestatNet	Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web
SG-EF	Sargento Enfermeiro
SO-EF	Suboficial Enfermeiro
SpO2	Saturação parcial do oxigênio no sangue
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE	Unidade de contexto elementar
UCI	Unidade de contexto inicial

UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UPG	Unidade de Paciente Grave
VMI	Ventilação mecânica invasiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	20
1	REVISÃO DE LITERATURA	28
1.1	Segurança do paciente no Serviço de Emergência	28
1.1.1	<u>Seleção dos estudos e extração dos dados</u>	30
1.1.2	<u>Resultados</u>	31
1.1.3	<u>Discussão</u>	36
1.1.3.1	Categoria I: Cultura de segurança do paciente na emergência hospitalar.....	36
1.1.3.2	Categoria II: Barreiras para a segurança do paciente.....	37
1.1.3.3	Categoria III: Aspectos primordiais para a segurança do paciente.....	38
1.2	O impacto da pandemia da COVID-19 nos Serviços de Emergência	39
1.2.1	<u>Seleção dos estudos e extração dos dados</u>	41
1.2.2	<u>Resultados</u>	42
1.2.3	<u>Discussão</u>	46
1.2.3.1	Categoria I: Perfil de atendimento na emergência hospitalar.....	46
1.2.3.2	Categoria II: Gestão do serviço de emergência em função da pandemia da COVID-19.....	48
2	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	50
2.1	Segurança do paciente	50
2.2	Segurança e Qualidade	54
2.3	Cultura organizacional	55
2.4	Cultura de Segurança	57
2.5	Teoria do Erro Humano	57
3	METODOLOGIA	61
3.1	Local do estudo	62
3.2	População	66
3.2.1	<u>Fase quantitativa</u>	66
3.2.2	<u>Fase qualitativa</u>	67
3.3	Coleta de dados	68
3.3.1	<u>Fase quantitativa</u>	68

3.3.2	<u>Fase qualitativa</u>	68
3.4	Fase 1: Etapa quantitativa	69
3.4.1	<u>Tipo de estudo e variáveis</u>	69
3.4.2	<u>Instrumento para coleta de dados quantitativos</u>	70
3.4.3	<u>Tratamento e análise dos dados quantitativos</u>	75
3.5	Fase 2: Etapa qualitativa	76
3.5.1	<u>Técnica de coleta de dados qualitativos</u>	78
3.5.2	<u>Organização e análise dos dados qualitativos</u>	79
3.6	Integração dos dados quantitativos e qualitativos	81
3.7	Aspectos éticos	82
4	RESULTADOS	84
4.1	Caracterização socioprofissional dos participantes	84
4.2	Resultados da fase quantitativa	86
4.2.1	<u>Dimensões da cultura de segurança do paciente no Serviço de Emergência</u>	87
4.2.1.1	Avaliação da cultura de segurança ao nível das unidades/serviços.....	87
4.2.1.2	Avaliação da cultura de segurança ao nível do hospital.....	89
4.2.1.3	Avaliação dos resultados gerais da cultura de segurança.....	90
4.2.1.4	Avaliação de indicadores de resultados.....	91
4.2.2	<u>Associação das dimensões da cultura de segurança do paciente do Serviço de Emergência</u>	92
4.2.2.1	Associação das dimensões da cultura de segurança do paciente do Serviço de Emergência com a categoria profissional.....	93
4.2.2.2	Associação das dimensões da cultura de segurança do paciente do Serviço de Emergência com a faixa etária.....	96
4.2.2.3	Associação das dimensões da cultura de segurança do paciente do Serviço de Emergência com o tempo de experiência profissional.....	100
4.2.2.4	Associação das dimensões da cultura de segurança do paciente do Serviço de Emergência com o tempo na atual unidade.....	104
4.2.2.5	Associação das dimensões da cultura de segurança do paciente do Serviço de Emergência com o posto ou graduação.....	108
4.2.2.6	Associação das dimensões da cultura de segurança do paciente do Serviço de Emergência com o corpo/quadro.....	112

4.2.2.7	Associação das dimensões da cultura de segurança do paciente do Serviço de Emergência com a escolaridade.....	116
4.2.2.8	Associação das dimensões da cultura de segurança do paciente do Serviço de Emergência com o sexo.....	121
4.2.3	<u>Correlação das dimensões da cultura de segurança do paciente com as variáveis idade, tempo de profissão e escolaridade.....</u>	124
4.3	Resultados da fase qualitativa.....	127
4.4	Resultados integrados.....	133
4.5	Plano de Ação.....	138
5	DISCUSSÃO.....	142
	CONCLUSÃO.....	151
	REFERÊNCIAS.....	154
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	172
	APÊNDICE B – Cronograma.....	173
	APÊNDICE C - Roteiro para a condução do Grupo Focal.....	177
	APÊNDICE D - Artigo de revisão sistemática de literatura- Efeito da cultura organizacional para a segurança do paciente em ambiente hospitalar: uma revisão sistemática.....	180
	APÊNDICE E - Artigo de reflexão- Políticas públicas orientadas para a segurança do paciente: uma reflexão teórica.....	196
	ANEXO A - Termo de consentimento do setor.....	199
	ANEXO B - Carta de anuência.....	200
	ANEXO C - Parecer final CAPPq.....	201
	ANEXO D - Parecer substanciado CEP UERJ.....	202
	ANEXO E - Parecer substanciado CEP HNMD.....	207
	ANEXO F - Termo de compromisso.....	212
	ANEXO G - Termo de sigilo e confidencialidade.....	214
	ANEXO H - Orçamento detalhado da pesquisa.....	216
	ANEXO I - Questionário: <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> (HSOPSC).....	217

INTRODUÇÃO

Apresentação

Minha trajetória profissional iniciou-se em 1998, como técnica de enfermagem, época que atuei em enfermarias médico-cirúrgicas e serviços de emergência adulta e pediátrica. Em 2022, fui aprovada em dois concursos públicos, fato que possibilitou que eu retomasse meus estudos, o que era uma inquietação. No último ano da graduação, tive a oportunidade de ser acadêmica bolsista pela Secretaria de Estado de Saúde.

Em 2006, iniciei a residência em enfermagem em nefrologia, área pela qual me apaixonei e na qual trabalhei por 11 anos, em três cenários distintos: um hospital universitário, uma clínica satélite e um hospital militar. Durante essa vivência, chamaram minha atenção as inúmeras vezes em que os profissionais de enfermagem deixam de utilizar os equipamentos de proteção individual (EPI) e as justificativas para não fazê-lo.

Dessa inquietação, emergiu a vontade de estudar o risco biológico e como a percepção desse risco pode orientar o comportamento dos profissionais de enfermagem durante o seu fazer diário. Isso que fez com que eu realizasse o mestrado, entre 2016 e 2017, com uma dissertação cujo objeto de estudo foi: comportamento dos profissionais de enfermagem frente ao risco de acidente com material biológico existente no cuidado de clientes submetidos à hemodiálise como terapia renal substitutiva (TRS).

Em 2018, assumi uma função de chefia do Serviço de Emergência de um hospital militar com um fluxo de atendimento intenso e ritmo de trabalho acelerado. Chamou minha atenção o número reduzido de notificações de incidentes realizadas pelos profissionais do setor, e o possível silêncio diante do erro.

Não me pareceu claro se realmente o atendimento oferecido pelos profissionais do setor estava tão bem estruturado e alinhado que os erros não aconteciam, mesmo diante de um cenário com rotação frequente de profissionais e alta demanda de atendimento, ou se a cultura organizacional e a carga intensa de trabalho inibiam as notificações. A partir dessa observação empírica, a cultura de segurança e a segurança do paciente tornaram-se prioridade para mim.

A motivação para iniciar o doutorado em 2018 emergiu da busca pelo fortalecimento da cultura de segurança. Percebi que os erros não podem ser penalizados, pois são oportunidades de corrigir falhas na segurança e garantir uma assistência de saúde adequada às necessidades do paciente atendido no Serviço de Emergência.

Coroando os meus esforços nesse sentido, em 2020 o hospital reconheceu a importância do presente estudo e fui convidada pelo diretor a atuar como assessora do Núcleo de Segurança do Paciente.

Considerações iniciais

A cultura de segurança é caracterizada como o resultado de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura (FAN *et al*, 2016).

A cultura organizacional também pode ser definida como o sistema de ações, valores e crenças compartilhado, que se desenvolve em uma organização e orienta o comportamento dos seus membros. Uma organização possui uma cultura forte porque tem uma história comum longa, ou porque tem experiências intensas e importantes compartilhadas (SCHEIN, 1990).

O clima de segurança pode ser definido como uma característica mensurável da cultura organizacional, através da percepção e atitude dos indivíduos, em determinado tempo (COLLA *et al*, 2005).

As investigações acerca da avaliação da cultura de segurança e o impacto na gestão em saúde foram considerados essenciais para o desenvolvimento de uma assistência segura, com ênfase no aprendizado, melhoria contínua e abordagem não punitiva ao erro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

Neste contexto, desperta-se para a necessidade de conhecer a cultura de segurança organizacional, com vistas à prevenção, detecção e avaliação de erros e eventos adversos, bem como para formulação e efetivação das medidas de melhoria que fomentarão a segurança dos pacientes (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2016).

Cabe ressaltar que o desafio para o enfrentamento da redução dos riscos e dos danos na assistência à saúde dependerá do fortalecimento da cultura de segurança por parte dos profissionais de saúde nos próximos anos, alinhada à política de segurança do paciente, instituída nacionalmente.

Dessa forma, investir na mudança de sistema, no aperfeiçoamento da equipe de saúde, na utilização de boas práticas, no aprimoramento das tecnologias e na melhoria dos ambientes de trabalho é ação primordial para o alcance dos melhores resultados para os usuários dos serviços de saúde, família e comunidade, bem como para os profissionais de saúde.

Nesse sentido, a pandemia da COVID-19 (*Coronavirus disease*), causada pelo SARS-CoV-2, constituiu-se como um desafio para a segurança do paciente. Em dezembro de 2019, em Wuhan, na China, houve a identificação e a caracterização de um novo coronavírus, o SARS-CoV-2, que causou uma epidemia de síndrome respiratória aguda em humanos. A epidemia, iniciada em 12 de dezembro de 2019, causou 2.794 infecções confirmadas laboratorialmente, incluindo 80 mortes até 26 de janeiro de 2020 (ZHOU *et al*, 2020).

O diretor-geral da *World Health Organization* (WHO) em 11 de março de 2020 em seu *briefing* regular à mídia, afirmou que a organização vinha avaliando esse surto 24 horas por dia e, tanto pelos níveis alarmantes de disseminação e gravidade, quanto pelos níveis alarmantes de inação, caracterizou a COVID-19 como pandemia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

Dados oficiais disponibilizados até às 10 horas de 11 de março de 2020, informavam que a doença já estava presente em 113 países ou territórios, com um total global de 118.319 casos confirmados e 4292 mortes, dos quais 80.955 diagnósticos e 3.162 óbitos aconteceram na China (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a). Em 21 de junho, o número total global de casos de infecção pelo SARS-CoV-2 era de 8.708,008 casos confirmados e 461.715 mortes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b).

O SARS-CoV-2 infecta pessoas de todas as idades. No entanto, evidências até o momento sugerem que dois grupos de pessoas têm maior risco de contrair a forma grave da doença COVID-19, os idosos e aqueles com doenças pré-existentes. No entanto a WHO enfatiza que todos devem proteger-se da COVID-19 e assim proteger aos outros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

No Brasil o primeiro caso confirmado de infecção por SARS-CoV-2 foi diagnosticado em 26 de fevereiro de 2020, no estado de São Paulo. No estado do Rio de Janeiro, o primeiro caso foi diagnosticado em 05 de março de 2020. Em 12 de junho de 2020, o Brasil atingiu a marca de 41.828 mortes, tornando-se o segundo país com maior número de óbitos por COVID-19; e em 22 de maio de 2020, o país passa a ser também o segundo maior em número de casos confirmados, com 330.890, ficando atrás somente dos Estados Unidos (BRASIL, 2020).

Em 30 de junho de 2020 após quatro meses de pandemia, o Brasil registrava 1402.041 casos confirmados e 59.594 mortes; no Rio de Janeiro, nessa data, o número total de casos confirmados era de 112.611, além de 10.080 mortes (BRASIL, 2020).

Em 08 de dezembro de 2020, o Reino Unido iniciou a vacinação contra a COVID-19, com uma vacina a base de RNA mensageiro (*Messenger Ribonucleic Acid* - mRNA),

priorizando trabalhadores da saúde, idosos com mais de 80 anos e trabalhadores de casas de repouso. Posteriormente, a divisão foi estabelecida principalmente por categorias de idade, sendo os mais jovens os últimos a receberem a imunização (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020c).

A essa época o Brasil ocupava o segundo lugar em mortes decorrentes da COVID-19, atrás apenas dos Estados Unidos. Em março de 2021 o Brasil se tornou o epicentro mundial da pandemia, com um número de óbitos diários superior a 2.000. O país iniciou sua campanha de vacinação em 17 de janeiro de 2021, com a vacina CoronaVac, importada pelo Instituto Butantan em colaboração com uma empresa chinesa (MORTES, 2021).

Em 19 de maio de 2022, os dados globais da pandemia da COVID-19 apresentavam 522.731.989 casos confirmados e 6.269.178 mortes. No Brasil, nessa data, já haviam sido confirmados 30.701.900 casos da doença, com 665.216 mortes. Em relação à vacinação, 165.396.479 pessoas ou 82,2% da população total, já haviam se imunizado com a segunda dose, e 183.205.522 (91,1%), com a primeira dose (MORTES, 2022).

Dentro do contexto pandêmico, os Serviços de Emergência hospitalares, se tornaram a porta de entrada dos serviços de saúde no enfrentamento à COVID-19 (ALVES; SILVA; MENDES, 2021; THOMAS *et al*, 2020). Em um curto período, precisou-se adequar o serviço à nova realidade de saúde pública, sendo necessário formular planos de contingência e redesenhar a assistência de toda a emergência (BRANCO *et al*, 2020; TALARICO *et al*, 2021).

A pandemia acentuou fragilidades já enfrentadas pelos sistemas de saúde, intensificando as desigualdades no uso e no acesso aos serviços (ARAÚJO *et al*, 2022). As medidas de contingência e ajustes nos planos e fluxos de atendimento foram insuficientes para manejar a demanda hospitalar, fazendo com que o Serviço de Emergência continuasse superlotado (JACHETTI *et al*, 2021).

Assim, seguir protocolos de segurança do paciente passou a ser algo difícil em função da escassez de recursos materiais, humanos e das urgências associadas ao SARS-CoV-2. Paradoxalmente, a promoção da segurança do paciente mostrava-se extremamente necessária (ARAÚJO *et al*, 2022). Nesse sentido a equipe multiprofissional da emergência precisava oferecer o melhor atendimento possível a todos os pacientes acometidos pela doença (THOMAS *et al*, 2020). Ferreira *et al*. (2021) destacam que, mesmo diante da necessidade de uma resposta urgente e efetiva à pandemia, os constructos do Plano de Segurança do Paciente não devem ser negligenciados.

Soma-se à complexidade do contexto a característica militar do cenário estudado, cuja estrutura organizacional é composta por uma hierarquia de poder, a cadeia de comando, que gira em torno de uma sucessão de comandantes diferenciando funções superiores e subordinadas.

Essa hierarquia de poder é fundamental para identificar o lugar de direito dos membros do serviço militar, definir o relacionamento entre os membros e ditar o comportamento apropriado, com base no papel e status dos militares. Em outras palavras, a cadeia de comando é uma rede social de papéis interdependentes dentro de uma hierarquia de poder ordenada, que determina autoridade, responsabilidade, tomada de decisão e fluxo de comunicação (ATUEL; CASTRO 2018).

Nesse contexto, as equipes dos hospitais militares são particularmente suscetíveis a erros de comunicação por causa de potenciais barreiras criadas pelo posto militar, pela especialidade clínica e pela cultura militar, além da presença de uma estrutura clara de patentes e regulamentos antifraternização (STUCKY; JONG; KABO, 2020).

Os hospitais militares tiveram de adaptar suas políticas e protocolos em resposta a maiores e novas necessidades dos pacientes acometidos pela COVID-19, como observado no cenário mundial. No entanto, observou-se ainda, maiores cargas de trabalho, horas extras obrigatórias e retenção de licenças anuais (SHARIF *et al.*, 2022).

Ao contrário da maioria dos empregos civis, o serviço militar é uma ocupação de 24 horas por dia e sete dias por semana. Os militares podem ser, e têm sido chamados ao serviço a qualquer hora e em qualquer lugar em que sejam necessários em diferentes partes do país e do mundo. (ATUEL; CASTRO, 2018).

Diante desse cenário, que desafiou os sistemas de saúde de todo o mundo, pela quantidade de indivíduos acometidos ao mesmo tempo, pela falta de recursos materiais e mão de obra qualificada para atender às necessidades de saúde da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a), e considerando a estrutura organizacional e as peculiaridades de um hospital militar apresenta-se o **objeto** desta tese: a percepção sobre a cultura de segurança do paciente no Serviço de Emergência de um hospital militar em tempos da pandemia da COVID-19, entendendo que as dificuldades no gerenciamento da pandemia da COVID-19 potencializam a necessidade de conscientização dos profissionais de saúde para a adoção de atitudes seguras no cuidado aos indivíduos. Este trabalho buscou defender a tese de que: garantir a segurança do paciente nos serviços de emergência é um desafio para profissionais e gestores, que foi potencializado em decorrência da pandemia da COVID-19.

A partir das **perguntas**: "qual é o nível de percepção sobre a cultura de segurança do paciente pela equipe multiprofissional do Serviço de Emergência de um hospital militar em tempos de pandemia da COVID-19?" e "como fortalecer a percepção sobre a cultura de segurança do paciente no Serviço de Emergência de um hospital militar em face da pandemia da COVID-19?" foram formulados os seguintes **objetivos**:

Geral:

Analisar a percepção sobre a cultura de segurança do paciente no Serviço de Emergência de um hospital militar durante a pandemia da COVID-19.

Específicos:

- a) Identificar a percepção da cultura de segurança pela equipe multiprofissional do serviço de emergência de um hospital militar em face da pandemia da COVID-19;
- b) Discutir com a equipe a percepção sobre as dimensões da cultura de segurança identificadas no serviço de emergência de um hospital militar; e
- c) Construir com a equipe multiprofissional da emergência de um hospital militar um plano de ação, considerando a percepção das dimensões de cultura de segurança consideradas frágeis durante a pandemia da COVID-19.

Justificativa do tema do estudo

No Brasil, em 2018, foram notificados 103.275 casos de incidentes relacionados à assistência à saúde, dos quais 96.113 (93%) ocorreram em ambiente hospitalar; 49.600 (51%) ocorreram nas unidades de internação; 27.147 (28%) nas unidades de terapia intensiva adulta, pediátrica e neonatal; 7.158 (7,5%) na emergência e 4912 (7%) no centro cirúrgico (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2019). Esses números possivelmente não refletem a realidade, uma vez que, há subnotificação, muitas vezes ocasionada pela preocupação com a manutenção do emprego, medo de punições e das consequências legais.

Contextualizar segurança do paciente no atendimento de emergência é um constante desafio, já que a assistência à saúde sempre envolverá riscos, em virtude dos avanços tecnológicos, da diversidade de processos organizacionais e da demanda crescente. Conhecer os riscos que podem elevar o potencial para a ocorrência de falhas, analisá-los e implementar barreiras para minimizá-los são atitudes que poderão contribuir para a menor ocorrência de eventos adversos (TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

Nesse sentido, estudar a cultura de segurança do hospital possibilita o conhecimento dos fatores intervenientes no processo de trabalho que impactam na segurança dos pacientes. O desenvolvimento de pesquisas sobre essa temática pode fortalecer a comunicação efetiva de evidências científicas, experiências e recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes na assistência à saúde (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015).

Avaliar a cultura de segurança é importante para medir as condições organizacionais que levam a possíveis danos ao paciente nos serviços de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014). De acordo com Andrade *et al.* (2018), esse tipo de avaliação é útil para diagnosticar a percepção da cultura de segurança, possíveis riscos de dano, *benchmarking* interno e externo, evolução das intervenções de segurança do paciente e acompanhar evolução da cultura de segurança do paciente com o tempo, bem como a notificação de incidentes.

Para além dos motivos apresentados acima, profissionais da saúde ainda são pouco instrumentalizados na sua formação para lidar com os erros, principalmente porque esses são frequentemente associados a sentimentos de incapacidade, medo, culpa, vergonha e limitado conhecimento científico (WEGNER *et al.*, 2016).

Considera-se, aqui, que a consolidação da segurança do paciente é um importante subsídio para as propostas de melhoria da qualidade, pois seus constructos permitem remodelar os processos de trabalho, fazendo com que estratégias seguras aprimorem a assistência em saúde (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015).

Disseminar e fortalecer a cultura de segurança, no sentido de ampliar a visão e o enfrentamento dos profissionais e gestores diante dos erros, pode contribuir decisivamente para a redução dos riscos e incidentes no contexto do cuidado em saúde, por proporcionar a implementação de ações de melhorias em busca de um cuidado seguro e qualificado justificaram a realização deste estudo.

Relevância do estudo

Esta tese se insere na linha de pesquisa Fundamentos Filosóficos, Teóricos e Tecnológicos do Cuidar em saúde e Enfermagem. Trata-se de uma produção acadêmica do grupo de pesquisa “Concepções teóricas do cuidar em saúde e enfermagem - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- (CNPq)/UERJ” e do grupo “Tecnologias em saúde e enfermagem no contexto da segurança do paciente em ambiente hospitalar” - CNPq/UERJ.

Espera-se que realização deste estudo possa contribuir para:

O **ensino**, pois a cultura de segurança do paciente deve constar no currículo acadêmico e nas atividades de educação continuada, enfocando os riscos e as medidas preventivas de danos à saúde.

A **assistência**, pois identificar os múltiplos fatores que colocam em risco a segurança, possibilita a implementação de medidas que assegurem um cuidado de saúde livre de danos evitáveis.

A **pesquisa**, pois a compreensão do que determina uma assistência segura pode orientar processos educativos mais efetivos e possibilitar o estabelecimento de evidências que apontem as necessidades de aprimoramento do cuidar em saúde.

As unidades de emergência são consideradas a parte “infinitamente expansível” do hospital, onde são atendidos pacientes de todas as faixas etárias. Profissionais gerenciam a assistência de pacientes com gravidade variável, caracterizando um ambiente caótico e vulnerável à ocorrência de eventos adversos (RIGOBELLO, 2015).

Muitos profissionais que atuam no serviço de emergência ainda precisam lidar com a sobrecarga de trabalho, o número reduzido do pessoal e a alta rotatividade, além de dificuldades de recursos financeiros, materiais e humanos (SIMAN, 2016).

Dentro do contexto hospitalar, o serviço de emergência pode ser considerado um dos mais complexos e propensos à ocorrência de falhas na assistência, principalmente em relação aos seguintes aspectos: a dinâmica do atendimento; a carência qualitativa e quantitativa de recursos; e a imprevisibilidade da demanda (SANTOS, 2016).

Considerando a complexidade do ambiente, onde vários fatores podem contribuir para a ocorrência dos incidentes relacionados à assistência, faz-se necessária a identificação e o tratamento dos riscos aos quais os pacientes estão submetidos. A gestão do risco está intimamente relacionada ao estabelecimento de uma cultura de segurança, que pressupõe o aprendizado com as falhas e a prevenção de novos incidentes relacionados à assistência à saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017).

1 REVISÃO DE LITERATURA

Para destacar o estado da arte do tema escolhido para esta tese, foram elaboradas duas revisões integrativas de literatura, seguindo as seis etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008): estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa, amostragem ou busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento ou apresentação da revisão.

A primeira foi desenvolvida a partir da questão: quais são as evidências científicas disponíveis na literatura relacionadas à segurança do paciente no serviço de emergência? Pretendeu-se identificar essas evidências científicas disponíveis na literatura, o que constituiu o primeiro tópico do capítulo. A segunda revisão integrativa abordou o impacto da pandemia COVID-19 nos Serviços de Emergência e foi realizada a partir da questão: Quais são as evidências científicas disponíveis na literatura relacionadas ao impacto da pandemia da COVID-19 no serviço de emergência? Pretendeu-se identificar as evidências disponíveis sobre os impactos que a pandemia gerou nesse setor.

Assim, este capítulo é apresentado em dois subcapítulos: a segurança do paciente no Serviço de Emergência e o impacto da pandemia da COVID-19 nos Serviços de Emergência.

1.1 A segurança do paciente no Serviço de Emergência

Utilizou-se a estratégia PICOC (BRASIL, 2012), tendo como Participantes os profissionais de saúde; Intervenção/exposição, a cultura de segurança; Comparador/controle, não há; o Desfecho é a segurança do paciente; e, como Contexto, temos o Serviço de Emergência. Foram realizadas buscas nas fontes EMBASE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) via Pubmed e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Como o número de registros encontrados foi pequeno e com o intuito de acessar mais estudos elegíveis, a busca foi expandida para SCOPUS, Web of Science e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

Foram utilizados os termos e sinônimos correspondentes a cada base de dados. Para extração dos descritores, foram consultados os vocabulários controlados da área da saúde nos

Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), *Medical Subject Headings* (MeSH) e Emtree (*Embase Subject Headings*). Foram utilizados como critérios de inclusão estudos publicados no período de janeiro de 2015 a maio de 2020. Esse recorte temporal foi utilizado com o intuito de alcançar publicações contemporâneas sobre o tema, disponíveis para acesso na íntegra, nos idiomas inglês, português e espanhol. A busca ocorreu em junho de 2020.

O quadro 1 apresenta a estratégia de busca utilizada em cada base e o quantitativo de registros recuperados.

Quadro 1 - Busca realizada nas bases de dados. Rio de Janeiro, 2020 (continua)

BASE	ESTRATÉGIA DE BUSCA	QUANTITATIVO	
EMBASE	('safety management' OR 'safety culture' OR 'safety climate') AND ('health care personnel' OR 'health personnel') AND 'patient safety' AND ('hospital emergency service' OR 'emergency health service') AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND ([english]/lim OR [portuguese]/lim OR [spanish]/lim) AND (2015:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py)	Recuperados	0
		Excluídos	0
		Selecionados	0
LILACS	tw:(("safety management" OR "Administración de la Seguridad" OR "Gestão da Segurança") AND ("health personnel" OR " Health Care Providers" OR " Health professional*" OR "Healthcare professional" OR "Health worker*" OR "Pessoal de saúde" OR "prestadores de cuidados de saúde " OR "profissiona* de saúd*" OR "trabalhador da saúde" OR "Personal de salud" OR "Proveedores de atención médica" OR "Profesional de la salud" OR "Trabajador de la salud") AND ("Patient safety" OR "Segurança do paciente" OR "Seguridad del paciente") AND ("Serviço Hospitalar de Emergência OR Emergency Service, Hospital OR Servicio de Urgencia en Hospital") AND (instance:"regional") AND (db:("IBECS" OR "LILACS" OR "BDENF") AND la:("en" OR "es" OR "pt")) AND (year_cluster:[2015 TO 2020]))	Recuperados	0
		Excluídos	0
		Selecionados	0
CINAHL	(((("safety management" OR "safety culture" OR "safety climate") AND ("Health Personnel" OR Health care* OR Healthcare* OR Health professional* OR Health worker*)) AND (("Patient safety" OR Patient safet*) AND (Emergency Service Hospital *)))	Recuperados	07
		Excluídos	06
		Selecionados	01
MEDLINE	(((("safety management" OR "safety management" OR "safety culture" OR "safety climate") AND ("Health Personnel" OR "Health Personnel" OR "Health professional*)) AND (("Patient safety" OR "Patient safet*) AND ("Emergency Service, Hospital")) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]) AND ("2015/01/01"[PDat] : "2020/31/05"[PDat]))	Recuperados	17
		Excluídos	17
		Selecionados	0

Quadro 1 - Busca realizada nas bases de dados. Rio de Janeiro, 2020 (conclusão)

SCOPUS	TITLE-ABS-KEY (((("safety management" OR "safety management" OR "safety culture" OR "safety climate") AND ("Health Personnel" OR "Health Personnel" OR "Health professional*")) AND (" patient AND safety " for " patient AND safet*) AND ("Emergency Service, Hospital"))) AND PUBYEAR > 2014	Recuperados	2
		Excluídos	01
		Selecionados	01
WEB OF SCIENCE	(((“safety management” OR “safety management” OR “safety culture” OR “safety climate”) AND (“Health Personnel” OR “Health Personnel” OR “Health professional*”) AND (“Patient safety” OR “Patient safet*”) AND (“Emergency Service, Hospital”))))	Recuperados	14
		Excluídos	10
		Selecionados	04
BDTD	Todos os campos: cultura de segurança E Todos os campos: segurança do paciente E Todos os campos: serviço hospitalar de emergência	Recuperados	10
		Excluídos	08
		Selecionados	02

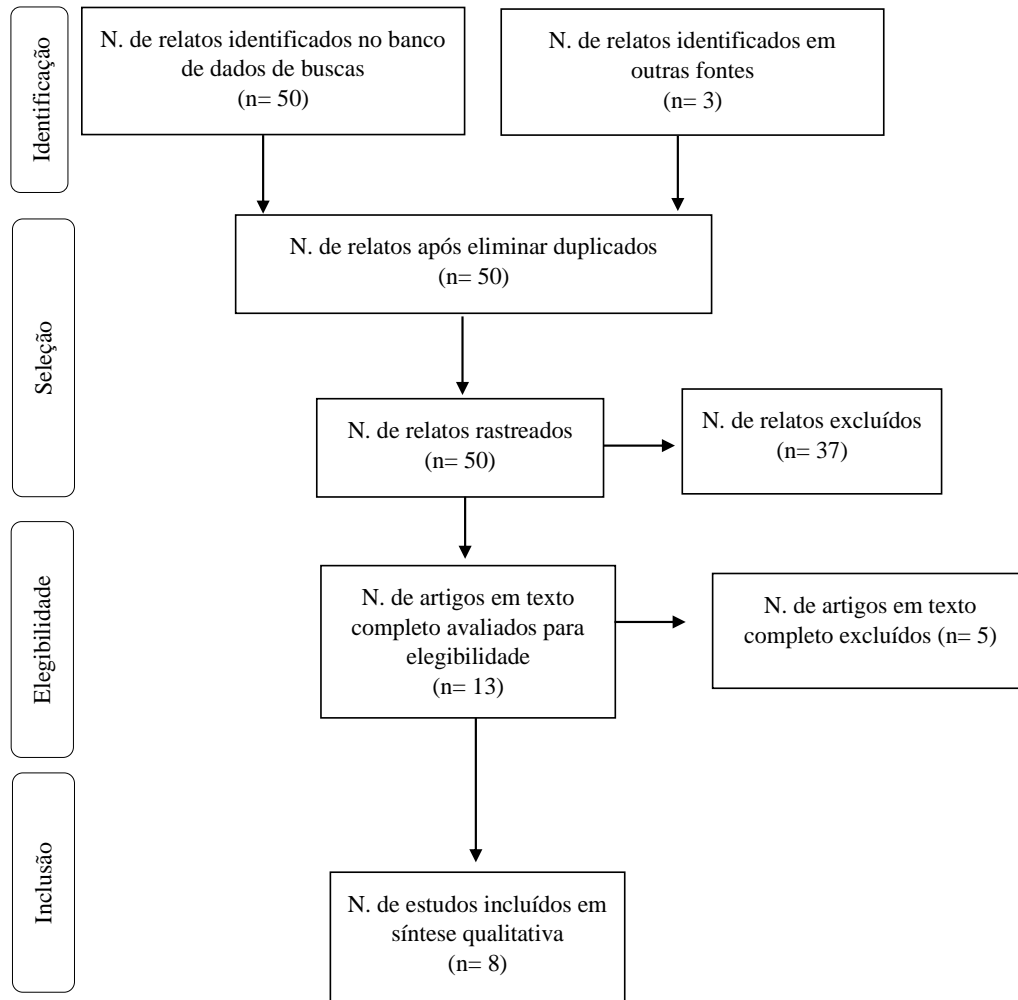
Fonte: A autora, 2022.

Quando repetida essa busca substituindo-se o termo “serviço hospitalar de emergência” pelo termo “hospital” os resultados têm um incremento significativo no número de artigos nas bases: Embase 08, LILACS 10, CINAHL 184 e Medline 58, sugerindo que, no serviço de emergência, mesmo com todas as peculiaridades que o envolvem, o tema ainda não é muito abordado. No entanto, para esta revisão foi mantido como contexto o Serviço de Emergência.

1.1.1 Seleção dos estudos e extração dos dados

Na busca prévia foram identificados 53 artigos. Depois de aplicados os critérios de elegibilidade, foram identificados 50 para revisão de título e resumo, dos quais 13 foram selecionados para leitura na íntegra. Destes, 08 foram incluídos na revisão. Os detalhes da seleção se encontram na Figura 1. Após a extração dos dados, estes foram submetidos a uma análise temática categorial, que consiste na leitura flutuante, intuitiva, ou parcialmente orientada do texto (OLIVEIRA, 2008).

Figura 1 - Fluxograma da busca na literatura e processo de seleção. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020



Fonte: Adaptado de MOHER *et al.*, 2009.

1.1.2 Resultados

Foram selecionados oito estudos, realizados no contexto dos Serviços de Emergência, para análise e discussão, dos quais foram publicados quatro em inglês, três em português e um em espanhol., cujas características podem ser observadas no quadro 2.

A população nos estudos de Alzahrani, Jones e Abdel-Latif (2019), Källberg *et al.* (2017), Ricklin, Hess e Hautz (2019), foi composta por médicos e enfermeiros; nos estudos de

Macedo (2016), Santos (2016) e Silva (2017), por profissionais de enfermagem; somente por enfermeiros na pesquisa de Portela (2018), e por médicos, enfermeiros e demais profissionais no estudo de Rigobello *et al.* (2017).

Alzahrani, Jones e Abdel-Latif (2019), Källberg *et al.* (2017) e Portela (2017) utilizaram entrevistas semiestruturadas para conduzir estudos qualitativos, que objetivaram investigar, explorar, comparar ou descrever atitudes e percepções de segurança do paciente nos serviços de emergência entre os profissionais de saúde. Santos (2016) utilizou a pesquisa-ação para desenvolver ações relacionadas à segurança do paciente no serviço de urgência e emergência.

Estudos quantitativos com delineamento transversal foram realizados por Macedo (2016), Ricklin, Hess e Hautz (2019) e Silva (2017) utilizando como instrumento o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), para avaliar e investigar a cultura de segurança dos profissionais no serviço de emergência. Rigobello *et al.* (2017) também realizaram um estudo transversal, mas utilizando o *Safety Attitude Questionnaire* (SAQ), como instrumento para avaliar o clima de segurança do paciente.

Quadro 2- Características dos estudos incluídos (n=8). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020 (continua)

Autor, Ano, País, Base	Título	Método	Objetivo	Resultados	Conclusão
ALZHRANI; JONES; ABDEL- LATIF (2019) Arabia Saudita Web of Science 1	<i>Attitudes of Doctors and Nurses toward Patient Safety within Emergency Departments of a Saudi Arabian Hospital: A Qualitative Study.</i>	Qualitativo	Investigar e comparar as atitudes de segurança do paciente de médicos e enfermeiros em um departamento de emergência de um hospital saudita	Médicos e enfermeiros apresentam atitudes de segurança semelhantes; no entanto, os enfermeiros relataram problemas com os médicos em relação ao trabalho em equipe, comunicação e atitudes de segurança do paciente	Barreiras ao clima de segurança do paciente como limites de recursos, trabalho em equipe, comunicação e relatórios de incidente são fatores que podem impedir o clima da segurança do paciente
RICKLIN; HESS; HAUTZ (2019) Suíça Web of Science 2	<i>Patient safety culture in a university hospital emergency department in Switzerland - a survey study</i>	Transversal	Avaliar a cultura de segurança do paciente no departamento de emergência de um hospital universitário na Suíça.	O menor percentual médio de respostas positivas foi encontrado nas categorias “frequências de evento”, “trabalho em equipe entre unidades” e “transferências e transições”	Os resultados ofereceram oportunidades para melhorar segurança do paciente através da identificação dos pontos fortes e potenciais fragilidades na cultura de segurança do Departamento de emergência.
PORTELA <i>et al.</i> (2017) Brasil Cinahl 3	<i>Percepción de los enfermeros sobre seguridad del paciente en el servicio de emergencia: un estudio cualitativo</i>	Qualitativo	Explorar as percepções dos enfermeiros sobre os aspectos de segurança do paciente em um ambiente de emergência	Os resultados sugerem que a segurança do paciente nas alas de emergência poderia ser melhorada com o desenvolvimento e o fortalecimento da cultura de segurança, bem como com infraestrutura e mecanismos de suporte necessários.	A má estrutura e o dimensionamento inadequado da equipe de enfermagem resultam em aumento do risco para os pacientes e da frustração de prestadores de cuidados de saúde. A comunicação inadequada entre enfermeiros, equipe médica e pacientes possibilita a ocorrência de dano.

Quadro 2 - Características dos estudos incluídos (n=8). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020 (continuação)

Autor, Ano, País, Base	Título	Método	Objetivo	Resultados	Conclusão
KÄLLBERG <i>et al.</i> (2017) Suécia Web of Science 4	<i>Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department</i>	Qualitativo	Descrever as experiências de médicos e enfermeiros do departamento de emergência em relação aos riscos à segurança do paciente	Refletiram as complexidades envolvidas na operação diária da prática profissional e a percepção de riscos devido à alta carga de trabalho, falta de controle, comunicação e organização.	A equipe do departamento de emergência deve estar envolvida no desenvolvimento de procedimentos de segurança para aumentar o conhecimento sobre fatores de risco e identificar estratégias que possam facilitar a manutenção da segurança do paciente.
RIGOBELLO <i>et al.</i> (2017) Brasil Web of Science 5	<i>The perception of the patient safety climate by professionals of the emergency department. International Emergency Nursing</i>	Transversal	Avaliar o clima de segurança do paciente na perspectiva da assistência à saúde entre os profissionais que trabalham no departamento de emergência	Os participantes demonstraram satisfação com o trabalho e insatisfação com as ações da gerência em relação a questões de segurança. A percepção sobre o clima de segurança do paciente foi negativa.	Conhecer a percepção dos profissionais sobre o clima de segurança do paciente no contexto de emergências contribui para a melhoria do cuidado de saúde, reduz eventos adversos e pode concentrar esforços para melhorar a qualidade do cuidado prestado aos pacientes.

Quadro 2 - Características dos estudos incluídos (n=8). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020 (conclusão)

Autor, Ano, País, Base	Título	Método	Objetivo	Resultados	Conclusão
SILVA (2017) Brasil BDTD 6	Cultura de segurança da equipe de enfermagem no Serviço de urgência e emergência	Descritivo-analítico	Analisar a percepção de cultura de segurança da equipe de enfermagem no Serviço de urgência e emergência	Constatou-se como dimensões mais propensas a melhorias o “aprendizado organizacional- melhoria contínua”, “expectativas sobre seu supervisor/chefe, ações promotoras de segurança” e “trabalho em equipe dentro das unidades”. Entretanto “resposta não punitiva ao erro” e “frequência de eventos relatados” foram consideradas críticas.	Verificou-se a presença de uma cultura punitiva no cenário pesquisado e a necessidade de ações por parte dos gestora a fim de fortalecer as boas práticas de segurança.
SANTOS (2016) Brasil BDTD 7	Ações de gerenciamento da segurança do paciente em um Serviço de emergência	Qualitativo	Desenvolver ações relacionadas à segurança do paciente no contexto de um serviço de urgência e emergência	Identificou falhas nos processos de identificação e terapia medicamentosa, e situações de risco de queda, infecção e contaminação por exposição à material biológico.	Necessidade de identificação e avaliação dos riscos aos quais pacientes estão expostos e fortalecimento de práticas seguras como ações prioritárias.
MACEDO <i>et al.</i> (2016) Brasil 8	Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátrica	Transversal	Identificar a cultura de segurança do paciente em emergências pediátricas na perspectiva da equipe de enfermagem	Não foram encontradas dimensões fortes para a segurança do paciente. As dimensões identificadas como críticas foram: “resposta não punitiva ao erro” e “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”	Os profissionais de enfermagem precisam se tornar protagonistas no processo de substituição do paradigma atual por uma cultura voltada para a segurança.

Fonte: A autora, 2020.

1.1.3 Discussão

Realizou-se a análise temática categorial dos artigos selecionados para fins de categorização dos dados, emergindo assim, as seguintes categorias: I- Cultura de segurança do paciente na emergência hospitalar; II- Barreiras para a segurança do paciente; e III- Aspectos primordiais para a segurança do paciente.

1.1.3.1 Categoria I: Cultura de segurança do paciente na emergência hospitalar

Nos estudos que avaliaram a cultura de segurança Ricklin, Hess e Hautz (2019) identificaram como dimensões fortes: “trabalho em equipe dentro das unidades”; “expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente”. Macedo *et al.* (2016) e Silva (2017) identificaram estas mesmas dimensões como possibilidade de melhoria, sendo que Silva (2017) encontrou ainda como dimensão com possibilidade de melhoria o “aprendizado organizacional- melhoria contínua”, mas destacou que não identificou dimensões fortes, o que também aconteceu no estudo de Macedo *et al.* (2016).

Evidências na literatura científica corroboram que as dimensões “trabalho em equipe dentro das unidades” (JIANG, 2019; HUANG *et al.*, 2018; CHAKRAVARTY *et al.*, 2015) e “expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente” (HUANG *et al.*, 2018) aparecem com alto grau de resposta positiva.

A dimensão “aprendizado organizacional- melhoria contínua” foi apresentada como dimensão com possibilidade de melhoria no estudo de Silva (2017). No entanto, aparece em vários estudos como dimensão com alto grau de resposta positiva (CHAKRAVARTY *et al.*, 2015; HUANG *et al.*, 2018; YARI *et al.*, 2019) evidenciando que se fortalecimento é factível.

Como dimensões frágeis foram identificadas: “frequência de eventos relatados” (RICKLIN; HESS; HAUTZ 2019; SILVA, 2017); “trabalho em equipe entre unidades”; “transferências e transições” (RICKLIN; HESS; HAUTZ, 2019); “resposta não punitiva ao erro” (MACEDO *et al.*, 2016; SILVA, 2017) e “apoio da gestão para a segurança do paciente” (MACEDO *et al.*, 2016).

Estudos internacionais corroboram os achados dos autores, uma vez que também identificaram como frágeis as dimensões: “frequência eventos relatados” (HUANG *et al.*, 2018; JIANG, 2019); “trabalho em equipe entre unidades” (CHAKRAVARTY *et al.*, 2015); “resposta não punitiva ao erro” (CHAKRAVARTY *et al.*, 2015; JIANG, 2019).

Rigobello *et al.* (2017) identificaram uma percepção negativa do clima de segurança entre os profissionais. Cinco dos seis domínios indicaram necessidade de melhoria: “trabalho em equipe”, “clima de segurança”, “reconhecimento do estresse” e “percepção de administração da unidade- hospital” e “condições de trabalho”.

A percepção negativa do clima de segurança enfraquece a cultura de segurança (ALQATTAN; CLELAND; MORRISON, 2018; YARI *et al.*, 2019). Já o clima de segurança positivo impacta positivamente essa cultura (YARI *et al.*, 2019), favorece a notificação de eventos (CARVALHO *et al.*, 2017; RAJALATCHUMI *et al.* 2018) e possibilita a melhoria da qualidade (CARVALHO *et al.*, 2017; MAGALHÃES *et al.*, 2019; VERBEEK-VAN NOORD *et al.*, 2019).

1.1.3.2 Categoria II: Barreiras para a segurança do paciente

Alzahrani, Jones e Abdel-Latif (2019) identificou a responsabilização, a culpabilização, a subnotificação de incidentes e a ausência de feedback caso o evento seja reportado como as principais barreiras para a segurança do paciente. Esse autor destacou ainda a infraestrutura, a inadequação de recursos humanos e materiais como barreiras. O mesmo foi encontrado no estudo de Portela *et al.* (2017).

A culpabilização pelo erro é descrita em vários estudos sobre segurança do paciente, o que aponta que essa é uma grande barreira, uma vez que desestimula a notificação de eventos (17,27), favorecendo a subnotificação intencional do erro (SOYDEMIR *et al.*, 2017).

A comunicação inadequada entre os profissionais de saúde foi evidenciada como barreira para a assistência segura nos estudos de Alzahrani, Jones e Abdel-Latif (2019), Källberg *et al.* (2017), Portela *et al.* (2017).

A cultura organizacional com missão embasada em objetivos e estratégias com efetivas configurações de comunicação refletirá positivamente nos processos

assistenciais e, conseqüentemente, na qualidade dos serviços e segurança do paciente (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Källberg *et al.* (2017) e Rigobello *et al.* (2017) concordam que a alta carga de trabalho também impacta negativamente na segurança do paciente. Rigobello *et al.* (2017) destacaram ainda, a percepção negativa do clima de segurança como uma barreira para a segurança do paciente nos Serviços de Emergência.

A alta carga de trabalho, a imprevisibilidade da demanda, a complexibilidade e a gravidade da assistência prestada tornam a emergência um setor complexo, que necessita de um nível de cuidado qualificado para tornar possível a oferta de uma assistência adequada à necessidade de segurança do paciente (OHARA; MELO; LAUS, 2010).

1.1.3.3 Categoria III: Aspectos primordiais para a segurança do paciente

Alguns aspectos foram evidenciados pelos autores como fundamentais para garantir a assistência segura aos pacientes atendidos na emergência, tais como: a comunicação eficiente (ALZHRANI; JONES; ABDEL-LATIF, 2019; KÄLLBERG *et al.*, 2017; PORTELA *et al.*, 2017), o trabalho em equipe e a infraestrutura (SILVA, 2017) e a gestão adequada de pessoas e recursos, com destaque ao dimensionamento de pessoal (ALZHRANI; JONES; ABDEL-LATIF, 2019; PORTELA *et al.*, 2017; SILVA, 2017).

Estudos apontam que falhas no trabalho em equipe e na comunicação entre os profissionais de saúde como os principais fatores que contribuem para os erros, eventos adversos (EAs) e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados (BAGNASCO *et al.*, 2013; MARTINS *et al.*, 2014).

O adequado dimensionamento da equipe de enfermagem de acordo com a gravidade e a necessidade dos pacientes influencia na qualidade do cuidado e na ocorrência de eventos adversos (MELLO; BARBOSA, 2013)

A utilização de protocolos para orientar processos e procedimentos também emergiu como fator importante para a segurança do paciente (ALZHRANI; JONES; ABDEL-LATIF, 2019; SILVA, 2017). No mesmo sentido, a notificação de eventos também aparece como fator primordial (RICKLIN; HESS; HAUTZ *et al.*, 2019;

SILVA, 2017). O treinamento das equipes, a identificação correta dos pacientes, a prevenção de eventos adversos, lesão por pressão e quedas também foram relatados (PORTELA *et al.*, 2017; SANTOS, 2016).

A aplicação de protocolos assistenciais de cuidado em enfermagem busca qualificar as práticas de cuidado e, para isso, a Educação Permanente em Saúde é utilizada como uma ferramenta educativa, no sentido de promover o conhecimento sobre segurança do paciente (DAL POZZO, 2014).

A partir das evidências encontradas na literatura, foi possível identificar que a segurança do paciente no contexto da emergência hospitalar é uma temática que precisa ser estudada e aprofundada. A insuficiência de recursos materiais e humanos aparecem como fatores determinantes para a segurança do paciente, uma vez que essa limitação gera sobrecarga de trabalho, esgotamento físico e psicológico e dificulta a comunicação e a correta adesão aos protocolos de segurança. Identificou-se ainda que o fortalecimento da cultura de segurança do paciente é fundamental para a garantia de uma assistência segura.

1.2 O impacto da pandemia da COVID-19 nos Serviços de Emergência

Foram realizadas buscas nas fontes EMBASE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) via Pubmed e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e SCOPUS. Foi utilizada a estratégia PICO (BRASIL, 2012) adaptada para PIO, na qual o “P” (participantes) foram os pacientes internados no serviço de emergência; o “I” (Intervenção/ exposição), a cultura de segurança; o “O” (Outcome/Desfecho) foi a segurança do paciente; O “C” (Comparador/controle) da estratégia PICO não foi utilizado na estratégia de busca deste estudo. No entanto, foi utilizado o Serviço de emergência Hospitalar como “C”, contexto.

Foram utilizados os termos e sinônimos correspondentes a cada base de dados. Para extração dos descritores foram consultados os vocabulários controlados da área da saúde nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), Medical Subject Headings (MeSH) e Emtree (*Embase Subject Headings*). Foram utilizados como critérios de

inclusão estudos publicados no período de março de 2020 a março de 2022, disponíveis para acesso na íntegra, nos idiomas inglês, português e espanhol. Para a escolha do marco temporal, foi considerado o mês em que a infecção pelo SARS-CoV-2 foi caracterizada como pandemia e a data imediatamente anterior à busca na literatura. A busca ocorreu em abril de 2022. O quadro 3 apresenta a estratégia de busca utilizada em cada base e o quantitativo de registros recuperados.

Quadro 3- Busca realizada nas bases de dados. Rio de Janeiro, 2022

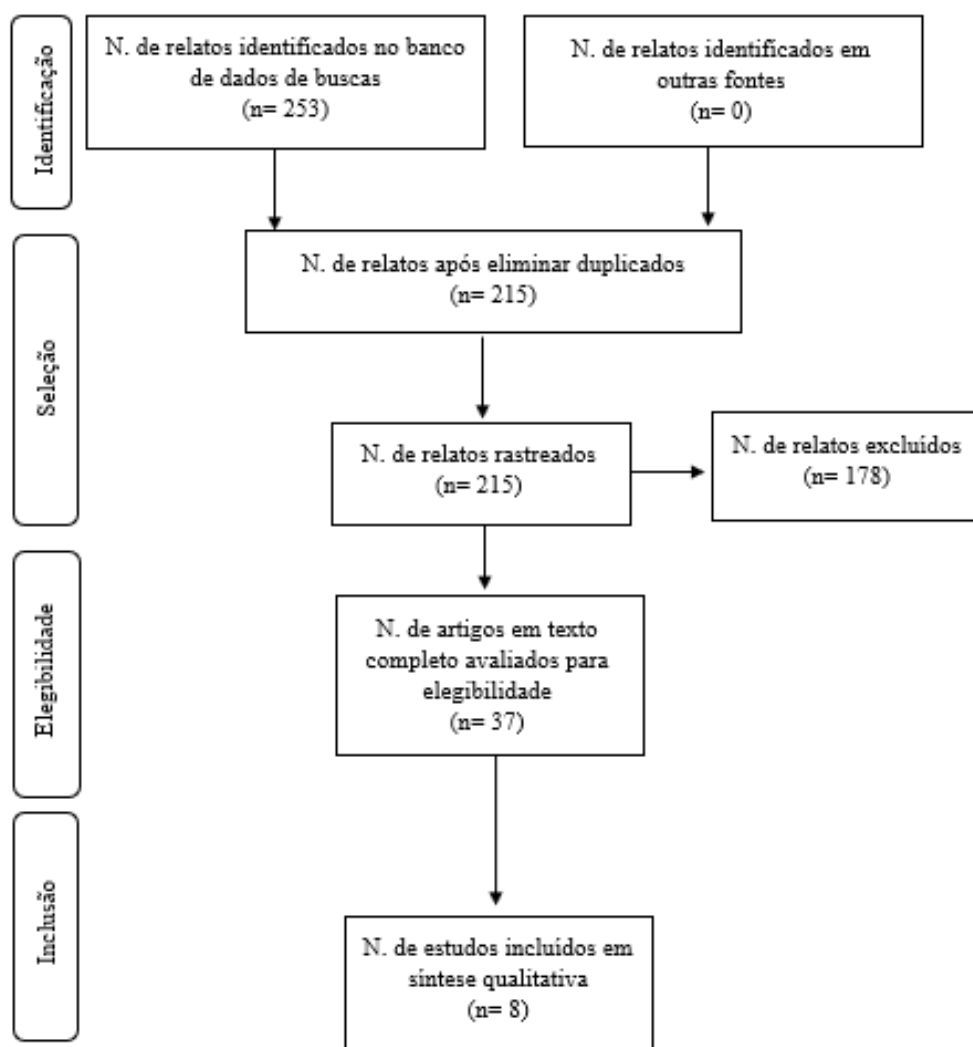
BASE	ESTRATÉGIA DE BUSCA	QUANTITATIVO	
EMBASE	('safety management' OR 'safety') AND ('coronavirus disease 2019') AND 'patient safety' AND ('hospital emergency service' OR 'emergency health service') AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND ([english]/lim OR [portuguese]/lim OR [spanish]/lim) AND (2020:py OR 2021:py OR 2022:py)	Recuperados	61
		Excluídos	60
		Selecionados	2
LILACS	tw:(("COVID-19" OR "Infection, SARS-CoV-2" OR "COVID-19 pandemic" OR "infecção por COVID-19" OR "Infección por el Virus COVID-19") AND ("Patient safety" OR "Segurança do paciente" OR "Seguridad del paciente") AND ("Serviço Hospitalar de Emergência OR Emergency Service, Hospital OR Servicio de Urgencia en Hospital") AND (instance:"regional") AND (db:(("IBECS" OR "LILACS" OR "BDENF") AND la:(("en" OR "es" OR "pt"))) AND (year_cluster:[2020 TO 2022]))	Recuperados	0
		Excluídos	0
		Selecionados	0
CINAHL	(((("COVID-19" OR "Infection, SARS-CoV-2" OR "COVID-19 pandemic") AND (("Patient safety" OR Patient safet*) AND (Emergency Service Hospital *))))	Recuperados	17
		Excluídos	17
		Selecionados	0
MEDLINE	(((("COVID-19" OR "Infection, SARS-CoV-2" OR "COVID-19 pandemic") AND (("Patient safety" OR "Patient safet*) AND ("Emergency Service, Hospital")))) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]) AND ("2020/31/03"[PDat]: "2022/31/03"[PDat]))	Recuperados	128
		Excluídos	126
		Selecionados	2
SCOPUS	TITLE-ABS-KEY ("COVID-19" OR "Infection, SARS-CoV-2" OR "COVID-19 pandemic" AND "patient safety" AND "Emergency Service, Hospital") AND (LIMIT-TO (OA , "all")) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2022) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2021) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2020))	Recuperados	47
		Excluídos	41
		Selecionados	4
WEB OF SCIENCE	(((("COVID-19" OR "Infection, SARS-CoV-2" OR "COVID-19 pandemic") AND (("Patient safety" OR "Patient safet*) AND ("Emergency Service, Hospital"))))	Recuperados	0
		Excluídos	0
		Selecionados	0

Fonte: A autora, 2020.

1.2.1 Seleção dos estudos e extração dos dados

Na busca prévia foram identificados 253 artigos. Depois de aplicados os critérios de elegibilidade, identificaram-se 215 para revisão de título e resumo, dos quais 37 foram selecionados para leitura na íntegra. Destes, 08 foram incluídos na revisão. Os detalhes da seleção se encontram na Figura 2. Após a extração dos dados, estes foram submetidos a uma análise temática categorial

Figura 2 - Fluxograma da busca na literatura e processo de seleção. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022



Fonte: Adaptado de MOHER *et al.*, 2009.

1.2.2 Resultados

Foram selecionados oito estudos, realizados no contexto dos Serviços de Emergência, para análise e discussão, dos quais sete foram publicados em inglês e um em português, cujas características podem ser observadas no quadro 4.

Boserup, Mckenney e Elkbuli (2020), Chang, Kang e Paek (2022), Giamello *et al.* (2020), Harmon *et al.* (2021), Rennert-May *et al.* (2021) e Vollmer *et al.* (2021) conduziram seus estudos com o intuito de identificar o impacto da pandemia da COVID-19 no Serviço de Emergência, considerando o atendimento de pacientes com e sem doença.

Boserup, Mckenney e Elkbuli (2020), Chang, Kang e Paek (2022), Harmon *et al.* (2021), Rennert-May *et al.* (2021) e Giamello *et al.* (2020) realizaram análise retrospectiva, enquanto Vollmer *et al.* (2021) conduziram um estudo observacional prospectivo.

Vianna *et al.* (2020) utilizaram o relato de experiência para descrever ações de gestão organizacional do Serviço de Emergência decorrentes da pandemia da COVID-19. Quah *et al.* (2020) utilizaram a mesma estratégia para documentar e compartilhar as medidas tomadas por este setor na gestão da doença.

Quadro 4 - Características dos estudos incluídos (n=8). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022 (continua)

Autor, Ano, País, Base	Título	Método	Objetivo	Resultados	Conclusão
CHANG; KANG; PAEK 2022 Coréia do Sul Scopus 1	Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department utilization patterns in South Korea: A retrospective observational study	Observacional retrospectivo.	Conhecer as mudanças na utilização de serviços de emergência (ED)	O número de visitas ao pronto-socorro diminuiu em correlação ao aumento no número de pacientes confirmados com COVID-19. A proporção de casos graves em atendimentos de emergência pediátrica (PED) aumentou, mas não houve diferença no pronto-socorro adulto. O número de pacientes de PED hospitalizados aumentou e o número de pacientes adultos hospitalizados no departamento de emergência diminuiu. No entanto, ambos os tipos de pacientes aumentaram em internações em unidades de terapia intensiva, proporção de mortes e uso de ambulâncias. A proporção de pacientes de trauma no PED aumentou significativamente ($P < 0,001$).	A COVID-19 trouxe muitas mudanças na utilização da emergência. Uma maior redução na utilização de ED ocorreu em pacientes pediátricos em comparação com pacientes adultos. O estudo mostrou mudanças no número e nas características dos pacientes que visitam o pronto-socorro durante o período COVID-19 em comparação com 2018 e 2019. O tempo de permanência na emergência aumentou em adultos e diminuiu em pacientes pediátricos.
RENNERT-MAY <i>et al.</i> 2021 Canadá Scopus 2	The impact of COVID-19 on hospital admissions and emergency department visits: A population-based study	Retrospectivo de base populacional	Comparar os números diários de admissões hospitalares médicas/cirúrgicas via ED entre 16 de março a 23 de setembro de 2019 (pré COVID-19) e 16 de março a 23 de setembro de 2020 (médio de saúde pública pós COVID-19 certezas).	Houve uma redução significativa nas admissões médicas diárias através do pronto-socorro após medidas de saúde pública COVID-19. Os diagnósticos médicos/cirúrgicos mais comuns para internações hospitalares não variaram substancialmente antes e após as medidas de saúde pública COVID-19, embora tenha havido uma redução significativa nas internações por doenças crônicas, e aumento significativo de internações por transtornos mentais e comportamentais por uso de álcool.	Apesar de um volume relativamente baixo de internações por COVID-19 em Alberta, houve um grande impacto no sistema de saúde com menos internações em hospitais e consultas de emergência.

Quadro 4 - Características dos estudos incluídos (n=8). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022 (continuação)

Autor, Ano, País, Base	Título	Método	Objetivo	Resultados	Conclusão
HARMON <i>et al.</i> 2021 Estados Unidos Medline 3	The impact of the COVID-19 pandemic on the utilization of emergency department services for the treatment of injuries	Retrospectivo	Examinar a frequência de visitas à emergência por doenças durante os primeiros onze meses da pandemia de COVI-19	Em 2020, o número total de visitas relacionadas às demais doenças diminuiu 19,5% em comparação com 2019. As visitas por overdose de medicamentos/drogas aumentaram (10%), o único mecanismo estudado a aumentar durante este período.	Tanto a baixa procura pelos ED quanto a diminuição das exposições podem ter contribuído para esses declínios, criando implicações para morbidade e mortalidade por outras doenças.
VOLLMER <i>et al.</i> 2021 Inglaterra Embase 4	The impact of the COVID-19 pandemic on patterns of attendance at emergency departments in two large London hospitals: an observational study	Observacional	Conhecer o impacto da pandemia nos atendimentos do departamento de emergência (ED).	Os atendimentos de ED no ICHNT diminuíram 35% durante o período após a imposição do primeiro bloqueio em 12 de março de 2020 e antes de 31 de maio de 2020, que não se correlacionou com nenhuma das dependências espaciais analisadas como a distância do entre a residência e o hospital.	As admissões de emergência de pacientes sem COVID-19 após 12 de março de 2020 caíram 48%; não se observou uma mudança significativa no risco bruto de mortalidade em pacientes sem COVID-19.
VIANNA <i>et al.</i> 2021 Brasil. Scopus 4	Gestão de recursos em um serviço hospitalar de emergência federal diante da pandemia da COVID-19	Relato de experiência	Descrever ações de gestão organizacional de um serviço de emergência decorrentes da pandemia da COVID-19, definidas com base na prevalência de casos de infecção por coronavírus, síndrome respiratória aguda grave e síndromes gripais.	Observou-se aumento dos atendimentos, representando 7,25% e 19,4% dos casos de 2019 e 2020, respectivamente, devido à formação do Gabinete de Crise, com equipe multidisciplinar responsável pela construção do plano de ação com mudanças na estrutura física, processos de trabalho e treinamentos.	Evidenciou-se que planejamento, coordenação das ações pautadas nas decisões do Gabinete de Crise e divulgação de informações confiáveis mediante um ponto focal foram essenciais para organização, gestão do serviço de emergência e proteção aos trabalhadores.

Quadro 4 - Características dos estudos incluídos (n=8). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022 (conclusão)

Autor, Ano, País, Base	Título	Método	Objetivo	Resultados	Conclusão
QUAH <i>et al</i> 2020 Singapura Scopus 6	Reorganising the emergency department to manage the COVID-19 outbreak	Relato de experiência	Documentar as medidas tomadas por um serviço de emergência na gestão da COVID-19	Visando a segurança do profissional foi implementadas orientações para utilização de EPI e segregação da equipe para garantir que não haja contaminação cruzada, a partir da configuração de uma estrutura de comando e controle operacional dentro do ED.	As várias medidas empreendidas pelo ED ajudaram a garantir o moral dos funcionários e o cumprimento rigoroso dos procedimentos de segurança.
GIAMELLO <i>et al.</i> 2020 Itália Embase 7	The emergency department in the COVID-19	Retrospectivo	Quantificar a variação de atendimento não COVID comparando os motivos de admissão, internação e alta na Emergência durante um período semelhante do ano anterior à pandemia.	Encontrou-se uma queda significativa no acesso ao PS por dor lombar, mal-estar geral, dor nas articulações, tontura e outras condições não urgentes em 2020 em comparação com 2019. No grupo dos pacientes internados, confirmou-se o esperado aumento significativo de pneumonia, com estabilidade substancial de insuficiência respiratória, sepse e febre.	Enquanto para os casos não urgentes, o uso reduzido dos PS pode não ter consequências para a saúde global, o atraso ou a falta de acesso de pacientes com patologias potencialmente graves e tempo, leva a pior prognóstico e morte.
BOSERUP; MCKENNEY; ELKBULI 2020 Estados Unidos Medline 8	The impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits and patient safety in the United States	Análise retrospectiva	Este estudo tem como objetivo investigar os efeitos do COVID-19 nas visitas ao pronto-socorro e possíveis razões para mudanças.	O número médio de visitas ao pronto-socorro por semana nas últimas quatro semanas de dados disponíveis durante a pandemia foi significativamente menor do que nas quatro semanas anteriores à pandemia da COVID-19 ($p = 0,008$).	Vários fatores contribuíram para a diminuição substancial das visitas ao pronto-socorro observada neste estudo. À luz dessas descobertas, é importante conscientizar os pacientes sobre condições agudas que são mais mortais que a COVID-19 e exigem intervenção médica imediata para garantir a recuperação.

Fonte: A autora, 2022.

1.2.3 Discussão

Realizou-se a análise temática categorial dos artigos selecionados para fins de categorização dos dados, emergindo assim, as seguintes categorias: I- Perfil de atendimento na emergência hospitalar, e II- Gestão do serviço de emergência em função da pandemia da COVID-19.

1.2.3.1 Categoria I: Perfil de atendimento na emergência hospitalar

Entre estudos que avaliaram o tipo de atendimento de maior prevalência nos Serviços de Emergência na vigência da pandemia da COVID-19, o de Chang, Kang e Paek (2022) evidenciou que houve uma diminuição de atendimentos de pacientes com outras patologias em correlação com os pacientes com COVID-19. O número de casos graves em pacientes pediátricos aumentou, mas o período de internação não sofreu alteração, enquanto o tempo de permanência de pacientes adultos aumentou. As internações por trauma em pediatria também sofreram incremento, corroborando os achados no estudo de Alves *et al* (2020) que evidenciaram o aumento no número de hospitalizações por trauma cranioencefálico.

Nos achados de Rennert-May *et al.* (2021) houve redução no número de atendimentos diários nos prontos socorros após as medidas implantadas para o enfrentamento da pandemia. Considerando as doenças crônicas, no entanto, o atendimento e as internações por transtornos mentais e comportamentais associados ao uso de álcool houve um aumento significativo.

Harmon *et al.* (2021) também apontaram declínio significativo (19,5%) no atendimento a outras patologias, enquanto os atendimentos por overdose de medicamentos ou outras drogas aumentaram (10%).

A pandemia da COVID-19 impôs aos indivíduos desafios e restrições, tal como o isolamento social, gerando sintomas negativos como ansiedade, depressão e tristeza, em alguns indivíduos, o que pode ocasionar o consumo e o abuso de substâncias que alteram o estado de consciência, o humor e os sentimentos (SCHRAM; DAL COL; BORTOLI, 2022). Durante as epidemias, o número de pessoas cuja saúde mental é afetada tende a ser maior do que o número de pessoas afetadas pela infecção (REARDON, 2015).

Vollmer *et al.* (2021) mostraram diminuição de 35% no atendimento dos serviços de emergência durante o primeiro período de bloqueios impostos pela pandemia, por patologias diferentes da COVID-19. Giamello *et al.* (2020) também observaram diminuição acentuada nos atendimentos não urgentes, assim como Boserup, Mckenney e Elkbuli (2020). No entanto, Giamello *et al.* (2020) evidenciaram um aumento considerável nas internações por sintomas respiratórios.

Todos os estudos acima apontaram o aumento pela procura dos Serviços de Emergência majoritariamente por pacientes com COVID-19. Entretanto, Boserup, Mckenney e Elkbuli (2020), Giamello *et al.* (2020) e Harmon *et al.* (2021), salientaram que a baixa procura pelos Serviços de Emergência em função da pandemia e das restrições impostas por ela podem trazer prejuízo global para a saúde da população, aumentando o risco de morbimortalidade em decorrência de causas agudas ou crônicas sem acompanhamento. Já Vollmer *et al.* (2021) não evidenciaram alteração de risco de mortalidade, considerando a menor procura por atendimento de emergência nos pacientes sem COVID-19.

Fernandes *et al.* (2020) indicaram que o aumento da taxa de mortalidade por IAM foi maior após março de 2020 em comparação ao mesmo período de 2019, e que a redução das taxas de internações hospitalares por infarto agudo do miocárdio variou de 40% a 50%.

O número de atendimentos por dor torácica e infarto agudo do miocárdio diminuiu, sugerindo que algumas pessoas podem estar adiando a busca pelo atendimento para condições que podem resultar em mortalidade adicional se não forem tratadas. Isso é evidenciado pelo aumento da procura por atendimentos relacionados a parada cardíaca e fibrilação ventricular, além dos diagnósticos associados a doenças respiratórias inferiores, pneumonia e dificuldade para respirar (HARTNETT *et al.*, 2020).

Figueiredo *et al.* (2021) apontaram a redução do número de diagnósticos de câncer nesse contexto, evidenciada em muitos países, chamando atenção para uma possível nova epidemia: a de casos de tumores avançados.

Essa redução na procura por atendimento pode ser explicada pelo medo do paciente de adquirir a COVID-19 durante a hospitalização ou se contaminar ao procurar os serviços de saúde (FERNANDES *et al.*, 2020; FIGUEIREDO *et al.*, 2021). Outros motivos também devem ser considerados, como o adiamento de consultas, cirurgias e

exames de rotina, além da redução da capacidade de atendimento nos hospitais (FIGUEIREDO *et al.*, 2021).

1.2.3.2 Categoria II: Gestão do serviço de emergência em função da pandemia da COVID-19

Vianna *et al.* (2020) e Quah *et al.* (2020) relatam, em seus estudos, que foi criada uma estrutura para o enfrentamento da COVID-19 nos Serviços de Emergência, das suas instituições, denominadas Gabinete de Crise e Centro de Comando e Controle Operacional, respectivamente.

Nas duas instituições, foram tomadas medidas de gestão organizacional para adequar a estrutura física das unidades, gestão de recursos humanos, logística, operações, gestão de comunicação e informação, treinamento e capacitação dos profissionais. Os dois estudos destacaram a preocupação com a segurança dos profissionais. Quah *et al.* (2020) enfatizaram a disponibilização de EPI e treinamento para esse fim.

Vianna *et al.* (2020) referem que sua instituição passou por desabastecimento de insumos, realidade enfrentada por instituições de saúde mundialmente.

Na literatura, estudos como o de Wang, Zhou e Liu (2020) apontam que os equipamentos de proteção individual aliados às medidas de higiene e treinamento adequado reduzem significativamente a possibilidade de contaminação dos trabalhadores (WANG; ZHOU; LIU, 2020).

Talarico *et al.* (2021) enfatizam que, dentre as ações que foram implementadas para gerenciar as emergências em função da pandemia, uma das mais importantes tem sido a reorganização dos serviços e proteção dos trabalhadores da área de saúde, para que possam cuidar dos pacientes com COVID-19 em segurança e salvar vidas.

Para Branco *et al.* (2020) o enfrentamento à COVID-19 e o atendimento dos pacientes acometidos exigiram do Serviço de Emergência uma reestruturação imediata. Houve necessidade de novos planos de contingência, baseados em experiências hospitalares a nível internacional, bem como a remodelação da assistência de todo o serviço de emergência. Novos protocolos e informações surgiam diariamente, a nível

mundial, sendo necessário capacitar profissionais para os diferentes fluxos de atendimento e cuidados com a proteção individual.

Analisando os achados na literatura, observou-se que os Serviços de Emergência sofreram impacto significativo: 1) no perfil de atendimento, com acréscimo exponencial dos atendimentos de casos da COVID-19, síndromes gripais, acidentes envolvendo pacientes pediátricos e problemas relacionados ao abuso de álcool e drogas; 2) na necessidade de reorganização estrutural e de fluxo de atendimento diferenciado para atendimento de pacientes com ou sem COVID-19.

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Segurança do paciente

Em 2013, de acordo com o Ministério da saúde a segurança do paciente foi definida como a diminuição do risco de danos desnecessários associados ao cuidado a com a saúde, até o mínimo aceitável (BRASIL, 2013). No entanto, em 2021, essa compreensão foi ampliada, e a WHO passou a definir a segurança do paciente como:

Um quadro de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na assistência à saúde que reduzem riscos de forma consistente e sustentável, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto dos danos quando ocorrem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021, p. v, tradução nossa).

Desde os primórdios da medicina, Hipócrates (400- 377 a. C) apontava que a prestação de cuidados não deveria causar prejuízo à saúde, de modo que “*Primum non nocere*” é reconhecida como uma das primeiras citações relacionadas à segurança do paciente (SOUSA; MENDES, 2014). A enfermeira inglesa Florence Nightingale destacou-se por sua atuação na Guerra da Criméia, onde, a partir da adoção de medidas que melhoraram as condições ambientais, de higiene e alimentar dos militares feridos em batalha, conseguiu a redução das taxas de infecção e mortalidade (SOUSA; MENDES, 2014).

Já no século XX, o médico e professor Avedis Donabedian, por intermédio de seu estudo de qualidade, comprovou que mudanças na estrutura dos processos convertem-se em medidas indiretas de qualidade dos cuidados (DONABEDIAN, 1980).

No contexto da busca pela qualidade a partir da padronização dos processos assistenciais, foi fundada nos Estados Unidos, em 1951, a empresa não governamental e sem fins lucrativos *Joint Comission Accreditation of Hospitals* (JCAH), nome alterado à *posteriori* para *Joint Comission Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), cuja missão é: “melhorar continuamente os cuidados de saúde para o público [...] avaliando as organizações de saúde e inspirá-las a se destacar na prestação de cuidado

seguro e eficaz” (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2022, *online*, tradução nossa).

Em 1984, foi realizado em Harvard um estudo retrospectivo e observacional em que foram revisados, de forma randomizada, 30.121 prontuários de 51 hospitais não psiquiátricos. Na primeira parte do estudo, foram verificados 3,7% de Eventos Adversos (EA), cuja análise demonstrou que 27,6% foram causados por negligência e, portanto, poderiam ser evitados. Como consequência, 2,6% desses eventos causaram lesões incapacitantes permanentes, e 13,6 % evoluíram ao óbito (BRENNAN *et al.*, 1991).

Na segunda parte do estudo de Harvard, foi publicada a análise dos tipos de EA apresentados pelos pacientes internados, sendo constatado que 48% dos casos ocorreram em procedimentos cirúrgicos. Do total de EA, 14% estavam associados às feridas cirúrgicas, 13% a complicações técnicas e 19% ao uso de medicamentos. Com relação aos setores do hospital onde ocorreram os EA, observou-se que 41% foram nas salas cirúrgicas, 27 % nos quartos, 3% na UTI e 3% na emergência (SHOJANIA *et al.*, 2001).

Estudos semelhantes ao de Harvard foram realizados em vários países, dentre eles Austrália, Reino Unido, Portugal e Brasil. No Brasil, Mendes *et al.* analisaram 1.628 prontuários com 7,6% de EA, dos quais 66,7% foram considerados evitáveis (SOUSA; MENDES, 2014).

Na década de 1990, James Reason fez uma importante contribuição para o entendimento de como ocorrem erros, destacando que eles são resultado de uma falha no sistema e, por esta razão, devem ser abordados multifatorialmente (WACHTER, 2013).

O tema segurança do paciente ganhou destaque mundial após a publicação pelo *Institute of Medicine of United States* do documento “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” em 1999. Com base na revisão de milhares de prontuários, o texto evidenciou para o mundo que erros durante a assistência em saúde são frequentes e ocasionam milhares de mortes e sequelas incapacitantes todos os dias. Até então, erros associados aos cuidados em saúde eram considerados inevitáveis (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

À mesma época, o relatório publicado no Reino Unido, denominado “*Organization with a Memory*” revelou um cenário semelhante, com dimensões sociais e econômicas expressas não somente pelo sofrimento dos pacientes e das famílias, como também pelo aumento dos custos diretos com gastos adicionais aos cuidados em saúde

(TRINDADE; LAGE, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ publicou em 2004, o Programa de Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e propôs ações com objetivo de melhorar as práticas no cuidado à saúde e reduzir os riscos de danos. Para isso, estabeleceu três desafios globais: “Cuidado limpo é cuidado mais seguro” (2005), “Cirurgias seguras salvam vidas” (2008) e “Uso seguro de medicamentos” (2017). O Brasil, por ser um Estado membro da OMS, aderiu aos desafios e vem desenvolvendo trabalhos para melhoria da atenção à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

As diferentes definições de erro em saúde e evento adverso motivaram a OMS a desenvolver a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*). O Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente, traduziu os conceitos chave do ICPS para a língua portuguesa. Esses conceitos são apresentados no Quadro 3 abaixo (BRASIL, 2014).

Quadro 5 – Conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde

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

Fonte: BRASIL, 2014, p. 7.

Em 2011, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou o regulamento técnico RDC n° 63 (Resolução da Diretoria Colegiada), que preconiza a adoção de boas práticas por parte dos serviços de saúde públicos ou privados, civis ou militares, incluindo aqueles que implementam ações de ensino e pesquisa. A resolução

¹ Tradução de World Health Organization (WHO).

define padrões mínimos para o funcionamento destes serviços no que se refere à prestação e gestão do cuidado em saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011).

Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pela Portaria nº 529, de 1º de abril, normatizando em termos legais a dimensão “Segurança do Paciente”, com vistas a contribuir para a qualificação do cuidado em saúde neste aspecto, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2014). A publicação teve o objetivo de dar retorno aos profissionais de saúde e à população em geral, por uma atenção segura, livre de incidentes que possam ocasionar danos à saúde (URBANETTO; GERHARDT, 2013).

O PNSP está estruturado em quatro eixos: o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema segurança do paciente no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema segurança do paciente. Suas ações estão organizadas nas Metas Internacionais de Segurança do Paciente, amplamente reconhecidas e divulgadas pela OMS, Ministério da Saúde, Conselhos profissionais, sociedades de especialistas, e a cultura de segurança do paciente é elemento que perpassa todos esses eixos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 regulamentou ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Destaca-se a obrigatoriedade da criação dos Núcleos de Segurança do Paciente em todos os hospitais brasileiros, e a elaboração dos Planos de Segurança do Paciente, onde ficam estabelecidas estratégias e ações de Gestão de Risco na assistência a fim de evitar a ocorrência de incidentes que levem ao dano às pessoas atendidas. (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

O Brasil, orientado pelos mesmos objetivos da OMS e por iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde, estabeleceu a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), cujo papel fundamental é disseminar e sedimentar essa cultura nas organizações de Saúde, escolas, universidades, organizações governamentais, usuários e seus familiares (CALDANA *et al.*, 2015).

A rede é constituída por mais de 500 profissionais de Enfermagem e estudantes da graduação e da pós-graduação em Enfermagem que, de forma voluntária, participam de todas as ações propostas pela rede, impulsionando aprimoramentos nas práticas, no ensino e pesquisa sobre a temática da segurança do paciente (BRASIL, 2014)

Transcorrida quase uma década da instituição do PNSP, percebe-se que houve um avanço no fortalecimento da cultura de segurança do paciente, na formulação e implementação de estratégias e ações orientadas para a garantia da oferta de cuidados seguros, mas que estimular a notificação, descontinuando o caráter punitivo a ela associado, pode ser um importante fator para subsidiar treinamentos e ações orientadas às reais necessidades dos profissionais.

Instituições públicas e privadas têm se empenhado na padronização de processos, com vistas a mitigar possíveis erros ocorridos durante a prestação do cuidado em saúde. Ainda há um caminho a ser percorrido, mas já ter saído da inércia possibilita que o objetivo seja factível.

2.2 Segurança e qualidade

A segurança é uma das dimensões da qualidade do cuidado em saúde, um requisito para a garantia da qualidade do cuidado. A implantação do Núcleo de Segurança do Paciente denota um avanço para o incentivo à cultura de segurança do paciente e da qualidade do cuidado à saúde, pois revela a preocupação e apoio de gestores às ações de melhorias na estrutura e nos processos, cujo objetivo é a melhoria da assistência (NOTARO *et al.*, 2019; SANTOS, F., 2019; SANTOS, R., 2019).

A preocupação com a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde, com foco no cuidado livre de danos, tem sido objetivo almejado por instituições no mundo inteiro. Uma cultura de segurança positiva promoverá a aprendizagem individual e organizacional, possibilitando a consecução de um atendimento de qualidade, uma vez que a cultura organizacional pode influenciar diretamente a cultura de segurança do paciente no que se refere a riscos, expectativas e ações (ELMONTSRI *et al.*, 2017; BISHOP; BOYLE, 2016).

A identificação de fragilidades na cultura de segurança do paciente é considerada uma oportunidade para melhoria da qualidade (ANDRADE *et al.*, 2018). Nesse contexto, identificar e monitorar as dimensões ou domínios com menores escores pode se tornar um subsídio para o estabelecimento de estratégias para desenvolvê-los, bem como para o fortalecimento das dimensões e domínios mais robustos.

Por isso, as instituições devem estimular a cultura de segurança do paciente entre todos os profissionais com vistas à melhoria da qualidade. A educação permanente é apresentada como uma ferramenta para a inserção desse postulado no cotidiano dos profissionais de saúde. O treinamento interdisciplinar em equipe aparece como uma estratégia para fortalecer a relação entre as equipes e resolução de mal-entendidos que podem ter impacto no cuidado ao paciente (ELMONTSRI *et al.*, 2017; SIDDHARTH; KOUSHAL; GOYAL, 2017; WEGNER, 2016)

Pela existência de microculturas locais dentro das organizações, o conhecimento da cultura organizacional permitirá que gestores identifiquem as diferenças entre os serviços do mesmo hospital, possibilitando seu aperfeiçoamento (FASSARELLA *et al.*, 2019; SANTIAGO; TURRINI, 2015).

Nesse contexto é possível que a cultura de segurança seja percebida de forma distinta entre as categorias profissionais (NOTARO *et al.*, 2019), o que traz à tona a necessidade de se conhecer essa diferença para tornar possível o planejamento e implementação de ações que visem uniformizar e fortalecer a percepção da cultura de segurança.

2.3 Cultura organizacional

O vocábulo cultura teve origem na antropologia. O primeiro a utilizá-lo foi Eduard Taylor (1832-1917) que o descreveu como um conceito que “inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade” (LARAIA, 2003, p. 47).

O termo cultura organizacional foi utilizado no final do século XVIII como uma abreviação para gestão do pensamento e comportamento humano, passando a ser efetivamente usado no século seguinte (BAUMAN, 2004, apud RUSSO, 2017).

A partir do início da década de 1980, duas vertentes emergiram para explicar a cultura organizacional: a mecanicista e a holográfica. Enquanto a abordagem mecanicista entende a CO como um composto de uma série de elementos (crenças, valores, normas, rituais e outros), o olhar holográfico entende a CO como o reflexo de como os integrantes da organização a interpretam (BRAQUEHAIS *et al.*, 2017). A

abordagem holográfica, adotada por Schein (2009), é entendida como uma interação contínua e dinâmica entre suposições básicas, valores e artefatos.

De acordo com Schein (2009), as suposições básicas ou crenças representam esquemas interpretativos que os indivíduos usam para perceber situações e interpretar acontecimentos em curso, atividades e relações humanas, formando assim as bases para ação coletiva; os valores representam uma manifestação mais visível da cultura e podem ser vistos como um conjunto de normas sociais que definem regras ou contexto para interações sociais por meio das quais as pessoas agem e se comunicam; e artefatos são as manifestações mais visíveis da cultura organizacional, incluem coisas tais como arte, tecnologia e padrões de comportamentos visíveis e audíveis, bem como mitos, heróis, linguagem, rituais e cerimônias.

No entanto, conceituar cultura organizacional não decorre de posições consensadas, pois esta é estudada a partir de várias perspectivas (BRAQUEHAIS *et al.*, 2017).

As definições de cultura organizacional mais utilizadas pelos autores apresentam diversos significados em comum, entre eles costumes, valores, crenças e modo de agir (RUSSO, 2017).

Outros autores a definem “como as filosofias, ideologias pressupostos, expectativas, atitudes e normas compartilhados, que mantêm a comunidade unida” (RUSSO, 2017).

Cultura organizacional é o conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna e que funcionaram bem o suficiente para serem considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas (SCHEIN, 1989, p. 52).

Fleury (1989) acredita que a dimensão política deva ser inserida no conceito de cultura organizacional. Assim, propõe que:

A cultura organizacional é concebida como um conjunto de valores e pressupostos básicos expresso em elementos simbólicos, que em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional, tanto agem como elemento de comunicação e consenso, como ocultam e instrumentalizam as relações de dominação (FLEURY, 1989, p. 78).

2.4 Cultura de segurança

O termo cultura de segurança ganhou destaque após a ocorrência de acidentes de grandes proporções. Um destes na aviação, no acidente aéreo de Tenerife, em 1977, onde dois *boeings* 747 colidiram, causando a morte de 553 pessoas. As falhas foram atribuídas principalmente ao erro humano (ONÃ, 2012).

O acidente de Chernobyl, em 1986, considerado a pior tragédia na geração de energia nuclear, as explosões da nave espacial Challenger e da plataforma petrolífera Piper Alpha, em 1988, foram outros acontecimentos que marcaram a trajetória histórica de grandes acidentes, sendo atribuídos a falhas humanas e organizacionais. Eles despertaram o interesse sobre cultura de segurança, que foi definida como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, que determinam o estilo, a proficiência e o compromisso da gestão de uma organização saudável e segura (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993).

A cultura de segurança passou a ser discutida por diversas indústrias com a finalidade de melhorar a segurança, especialmente, pelas organizações de alta confiabilidade, conhecidas por serem extremamente seguras mesmo sendo consideradas de alto risco, como a indústria da aviação, da energia nuclear, e de óleo e gás (COX; FLIN, 1998).

A partir de meados da década de 1990, a segurança começou a ser vista a partir de uma perspectiva sistêmica que abrange os fatores organizacionais para além dos fatores humanos e tecnológicos (FRAGATA; MARTINS, 2008).

2.5 Teoria do Erro Humano

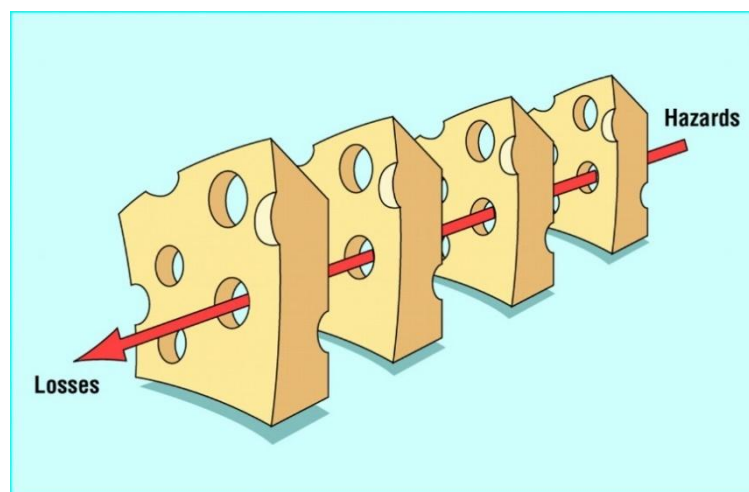
James Reason, professor de Psicologia da Universidade de Manchester, Reino Unido, propôs um modelo que se conforma em um paradigma voltado para a análise de eventos envolvendo a segurança do paciente (GOMES *et al.*, 2016).

A Teoria do Erro Humano de James Reason, também conhecida como “Modelo do Queijo Suíço”, oferece compreensão e tratamento adequados das ocorrências, sem

culpabilizar unicamente o profissional. Destaca a necessidade de uma análise completa de todo o sistema organizacional (REASON, 1997).

Considerando que as organizações de saúde têm um caráter multifatorial de falhas e desenvolvem atividades de alto risco, o “Modelo do Queijo Suíço” (Figura 3), também chamado de modelo epidemiológico, tem sido empregado para análise de incidente na saúde por apresentar várias camadas defensivas (FASSARELLA, 2016).

Figura 3 – “Modelo do Queijo Suíço” de Reason



Fonte: REASON, 2000, p. 769.

Nessa teoria o erro é classificado como “erro de execução: uso não intencional de um plano incorreto para alcançar um objetivo” e “erro de planejamento: não execução a contento de uma ação planejada” (REASON, 1997).

Os erros são considerados consequências e não causas, originando-se em fatores sistêmicos. Medidas de prevenção devem basear-se na hipótese de que, embora não se possa modificar a condição humana, pode-se alterar as condições em que se trabalha. No acontecimento de um EA deve-se pensar em como as defesas falharam, ao contrário de buscar de quem foi o erro (REASON, 2000).

No modelo proposto por James Reason (2000), as camadas de defesas e barreiras são essenciais para a segurança de um sistema, e têm a função de proteger potenciais vítimas, porém cada uma delas não é perfeita, podendo ser comparada a fatias de queijo suíço. Mesmo que alguma falha transponha uma dessas camadas, isso não significa um mau resultado. Este só ocorrerá quando os buracos das camadas se alinham,

transformando-se em uma trajetória que oportuniza o acidente, como propõe o modelo de queijo suíço.

Os furos nas camadas de defesa acontecem por falhas ativas e condições latentes. A maioria dos EA ocorre pela combinação destes dois fatores. As falhas ativas são as ações inseguras realizadas por pessoas que estão em contato direto com o paciente, e são exemplos os deslizos, erros e violações de processos. Já as condições latentes relacionam-se às situações inevitáveis, que derivam das decisões dos projetistas, escritores de processos ou gerentes de níveis superiores. As condições latentes podem ficar adormecidas nos sistemas durante muito tempo, levando às falhas nas camadas de defesa, porém podem ser identificadas e corrigidas, evitando, assim, a ocorrência do evento adverso (REASON, 2000).

As falhas ativas não podem ser facilmente previstas, entretanto, as condições latentes podem ser identificadas e corrigidas antes que um EA ocorra (GOMES *et al.*, 2016), uma vez que as falhas ativas nos sistemas de defesa relacionam-se aos erros cometidos pelas pessoas, enquanto as condições latentes residem no sistema organizacional (REASON, 2000).

Para Reason (2000), as más decisões e os procedimentos de trabalho deficientes, são um reflexo dos erros de juízo por parte dos decisores, e acabam se convertendo em formas de trabalho normalizadas, que, apesar de não terem consequências imediatas nem se manifestarem de imediato, apresentam vulnerabilidades fundamentais. Estas, constituem as circunstâncias (condições latentes), que, de forma involuntária, se combinam com a ação humana (falhas ativas), provocando o acidente. Nesse sentido o autor defende que a cultura de segurança em uma organização deve ser um ideal, mesmo que difícil de ser alcançado.

A cultura de segurança organizacional é moldada com o compartilhamento de práticas, sendo necessário, portanto, criar uma cultura de notificação, um ambiente organizacional onde as pessoas estão preparadas para relatar seus erros e incidentes, e depende, por sua vez, de como a organização conduz a culpabilização e a punição. Para tal, uma cultura justa deve ser introduzida, em uma atmosfera de verdade nas quais as pessoas são encorajadas e recompensadas, por proverem informações essenciais sobre relatos de segurança, mas que conheçam e entendam o limiar do comportamento aceitável e inaceitável (REASON, 2000).

De acordo com o autor, em casos de crise ou perigo iminente é importante que exista uma cultura de flexibilidade (adaptabilidade) como um fator essencial,

dependente essencialmente de respeito por experiências e habilidades dos colaboradores e supervisores. E, finalmente, uma cultura de aprendizagem, que é a disposição e a competência para desenhar as conclusões certas em seu sistema de segurança, e a vontade de implementar as principais reformas quando sua necessidade for indicada.

3 METODOLOGIA

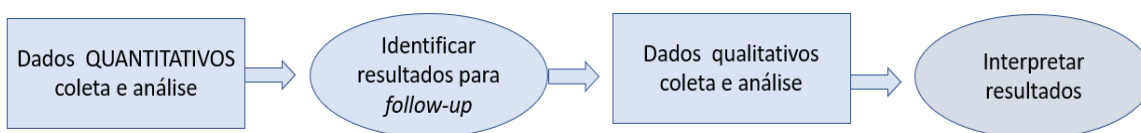
Trata-se de um estudo de natureza descritiva com dupla abordagem, quantitativa e qualitativa, ou seja, foi utilizado o método misto. Os métodos mistos consistem na coleta, análise e integração dos dados qualitativos e quantitativos, o que contribui para a melhor compreensão do problema de pesquisa. Não se trata apenas da obtenção de dados, mas de um processo de integração entre eles (CRESWELL, 2014).

Nesse sentido, este estudo buscou além de realizar o diagnóstico situacional sobre a percepção de segurança do paciente no Serviço de Emergência, propor estratégias a partir de um plano de ação para fortalecer as dimensões consideradas frágeis, por isso a escolha pelo método misto.

A abordagem quantitativa foi transversal, utilizando o método *survey* e a abordagem qualitativa utilizou o método da pesquisa participativa. Para a conduzir a construção deste estudo, foram utilizados os checklists: *STrengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE) para a fase quantitativa (CEVALLOS; EGGER, 2014) e *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) para a fase qualitativa (BOOTH *et al.* 2014). Também foi utilizada a *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), que é uma ferramenta para avaliar a qualidade de estudos mistos (HONG *et al.*, 2018).

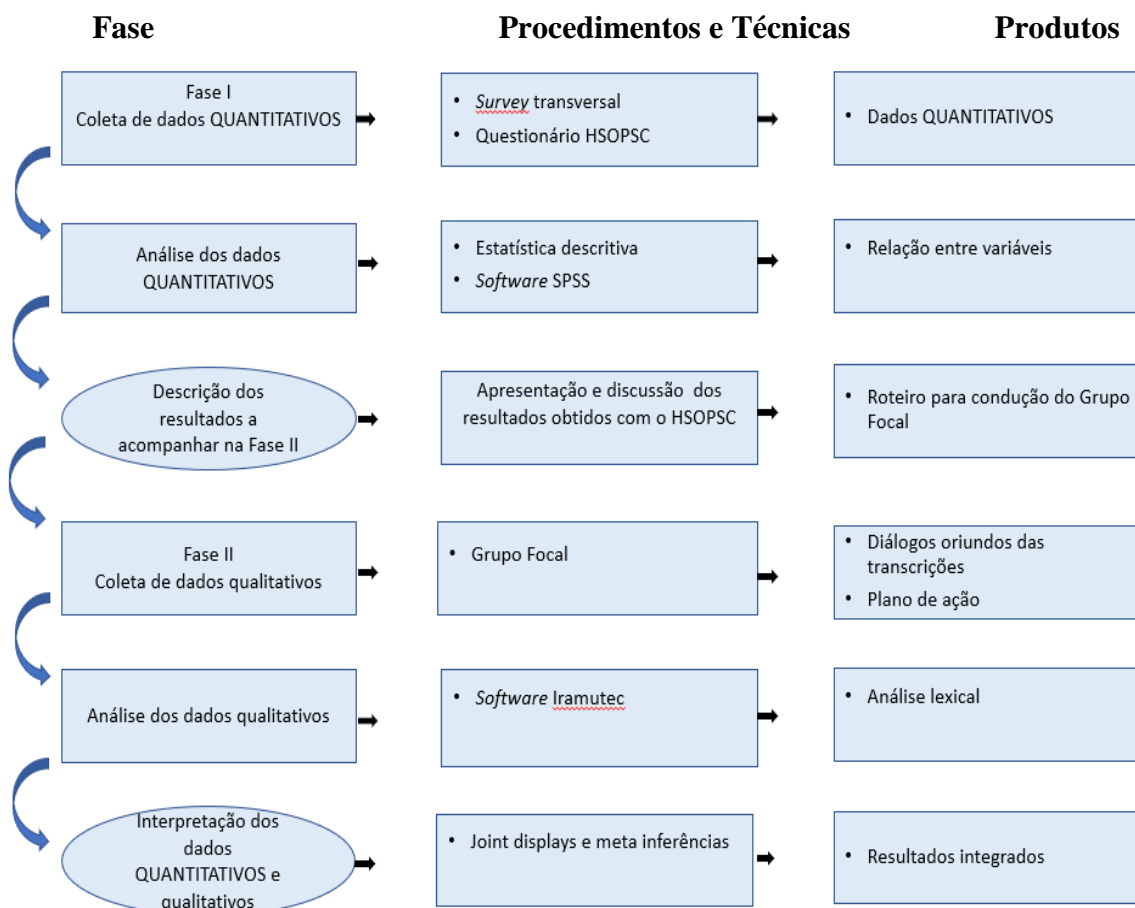
No método misto, o pesquisador coleta e analisa de modo persuasivo e rigoroso os dados quantitativos e qualitativos, tendo por base a questão de pesquisa (CRESWEL; CLARK, 2013). O projeto sequencial explanatório envolve primeiro coletar os dados quantitativos, analisá-los e utilizar os resultados para decisões sobre as questões, a amostragem e a coleta dos dados qualitativos, com o propósito de explicar esses resultados (CRESWEL; CLARK, 2013; CRESWEL J.; CRESWELL D., 2021). A intenção dessa abordagem é que os dados qualitativos ajudem a explicar os quantitativos iniciais (CRESWEL, J.; CRESWELL, D., 2021). A Figura 4 ilustra a versão prototípica do projeto sequencial explanatório, e a Figura 5 ilustra o desenho desta pesquisa mista, de acordo com o processo sequencial explanatório.

Figura 4 - Versão prototípica do projeto sequencial explanatório



Fonte: CRESWEL, J.; CRESWELL, D., 2021. p. 322.

Figura 5 - Desenho da pesquisa



Fonte: Adaptado de CRESWEL; CLARK, 2013, p. 73.

3.1 Local do Estudo

Escolheu-se como campo de pesquisa o Serviço de emergência de um hospital militar do estado do Rio de Janeiro, Brasil.

Trata-se de um hospital geral de grande porte, voltado para a assistência em saúde nos níveis de alta e média complexidade. Atua nas áreas de Assistência em Saúde,

Ensino em Saúde e Pesquisa Biomédica. Seus usuários são os militares (da ativa e da reserva remunerada) e seus dependentes.

Em conformidade com a PNSP, em 2014, foi implantado o Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital (NSP) com objetivo fundamental de promover a melhoria da qualidade da assistência aos pacientes atendidos por meio de ações de promoção da segurança do paciente. Para tanto, esse núcleo atua em cinco macroestratégias: (1) elaboração e atualização do Plano de Segurança do Paciente (PSP); (2) monitoramento da implementação do PSP e seus protocolos; (3) implementação de ações de gestão de risco; (4) gerenciamento de notificações de incidentes ou não conformidades; e (5) disseminação da cultura de segurança.

O NSP está subordinado ao diretor do hospital e possui três membros com dedicação exclusiva, uma enfermeira e dois técnicos de enfermagem, além de uma equipe multidisciplinar, atualmente composta pelo gestor de risco em saúde, por representantes dos departamentos de Medicina Clínica e Cirúrgica, Enfermagem, Farmácia, Engenharia, Hemoterapia, Odontologia, Serviços Especiais (laboratório) e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

O NSP adota os seguintes indicadores para avaliação de desempenho de suas atividades: avaliação do grau de implantação de protocolos estabelecidos pelo PSP; número de treinamentos aplicados pelo NSP aos profissionais do hospital referente à cultura de segurança; e o número de reuniões do NSP.

Destaca-se que todos os profissionais do hospital podem notificar os Eventos Adversos utilizando o Formulário de Notificação de Incidentes / Eventos Adversos relacionados à assistência à saúde, disponível na intranet. Pacientes, acompanhantes e os profissionais podem acessar o formulário, da internet, por meio de QR-CODE presente nos folhetos informativos localizados nos halls de elevadores, no acesso ao Setor de Emergência, na Portaria Principal e nos locais de grande circulação.

A identificação do notificador não é obrigatória. Ao mesmo tempo, nos treinamentos e orientações sobre notificação de incidentes é desencorajado que o nome de quem contribuiu para a ocorrência do incidente seja citado, com o intuito de estimular a notificação e inibir a abordagem punitiva ao erro.

Seguindo as definições estabelecidas RDC 36/2013, o NSP notifica à Anvisa, pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – Notivisa todos os Eventos Adversos ocorridos em suas dependências.

Os incidentes são analisados e classificados quanto ao tipo em: circunstância de risco, *near miss*, incidente sem dano, evento adverso e evento sentinela/catastrófico, e posteriormente definem-se os níveis de investigação para análise e identificação de causa raiz.

Para o gerenciamento do incidente, inicialmente, é aplicada a Matriz de Risco, pois trata-se de uma ferramenta visual que possibilita ver rapidamente quais são os incidentes que devem ser priorizados, tornando mais fácil o entendimento e engajamento das equipes no processo de análise.

Após a avaliação dos riscos, é definido o tratamento que será dado, ou seja, são traçados os Planos de Ação, a fim de evitá-los e/ou mitigá-los. Para tanto, pode ser utilizada a ferramenta que mais se adequar ao tipo de análise, porém alguns itens são considerados em qualquer um deles, como: o que e como será feito, responsável pela ação, prazo e cronograma da ação, e como a ação e os resultados serão monitorados.

A partir da elaboração dos Planos de Ação e sua implementação os processos são monitorados pelo NSP, suporte da Gestão de Risco em Saúde do HNMD, a fim de verificar se os resultados esperados estão sendo alcançados e se o tratamento do risco está sendo eficaz.

O Serviço de Emergência é organizado de forma a receber pacientes adultos e pediátricos nos diversos graus de complexidade, funcionando nas 24 horas do dia, em regime de plantão.

Cabe ressaltar que todos os pacientes recebidos nesse serviço, exceto as transferências interna e externa, são encaminhados para a Classificação de Risco, onde são avaliados pelo enfermeiro, seguindo os critérios do Sistema Manchester de Classificação de Risco. Conforme essa avaliação são encaminhados à seção de pronto atendimento ou à seção de pacientes graves.

A Seção de Pronto Atendimento tem quatro consultórios, sala de espera, recepção, posto de enfermagem, poltronas para medicação e espaço para coleta de material para exame laboratorial.

A Seção de Pacientes Graves conta com 15 leitos, divididos em Unidade de Paciente Grave (UPG 1, 2 e 3), uma Sala de Trauma para pacientes críticos clínicos ou cirúrgicos, dois boxes para atendimento médico, um box para realização de exames e procedimentos, e cinco boxes para repouso e observação, além de poltronas para medicação.

A assistência é prestada pelo corpo clínico e *staff*, que cumpre rotina de segunda à sexta, e é composto por seis médicos e três enfermeiras, bem como pelos plantonistas que cumprem escala 12x36, sendo que cada equipe é composta por cinco enfermeiros supervisores e 20 técnicos de enfermagem.

Os profissionais do laboratório atuam em plantões de 24 horas, assim como as equipes médicas que são compostas por uma média de 20 membros das diversas clínicas e serviços do hospital, em regime de plantão semanal de 24 horas.

Durante a pandemia da COVID-19 o Serviço de Emergência foi reestruturado. A Seção de Pronto Atendimento foi reorganizada para acolher pacientes não COVID-19, passando a contar com dois consultórios médicos para adultos e dois para pediatria, leitos e poltronas para observação e seis leitos de pacientes graves, denominados UPG-5.

A Seção de Pacientes Graves também sofreu reestruturação e passou a acomodar até 27 pessoas com COVID-19, com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI), divididos nas UPGs 1, 2, 3 e 4. Na última, criada por causa da pandemia, também permanecem pacientes com quadros respiratórios intermediários, com necessidade de suplementação de oxigênio, sem indicação de VMI, mas ainda sem condições clínicas de transferência para uma das enfermarias COVID-19.

A Classificação de Risco foi dividida de modo a atender os pacientes com ou sem sintomas da COVID-19. Os com queixas que não se relacionam à doença são encaminhados para a Seção de Pronto Atendimento. Já os com sintomas respiratórios ou casos suspeitos da COVID-19 são encaminhados para o Centro de Triage, se a saturação do oxigênio no sangue (SpO₂) for maior ou igual 90%, ou diretamente para a Seção de Pacientes Graves caso a SpO₂ < seja menor que 90%.

A equipe também foi reestruturada. Um médico do staff, infectologista, tornou-se coordenador do Centro de Triage COVID-19, e dez médicos plantonistas passaram a ser subordinados à Clínica de Doenças Infecto Parasitárias (DIP). A equipe de enfermagem recebeu um incremento de 11 oficiais enfermeiros e 40 praças técnicos de enfermagem. A fisioterapia passou a contar com um profissional para atender a área COVID-19 e 1 a área não COVID-19. Não houve alteração no serviço de nutrição.

3.2 População

3.2.1 Fase quantitativa

Foram incluídos os profissionais de saúde militares e civis que atuavam no Serviço de Emergência havia pelo menos seis meses, que fizeram parte da linha de frente do cuidado durante a pandemia da COVID-19 e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos profissionais que estavam de férias ou licença e os que foram destacados para compor o efetivo da emergência durante a pandemia da COVID-19, mas que atuavam em outras áreas até então, além dos casos em que não houve o preenchimento completo de pelo menos uma seção do questionário “*Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*”.

Para o cálculo da amostra, foi considerando o efetivo de profissionais do Serviço de Emergência. O quantitativo de profissionais elegíveis inclui 84 auxiliares e técnicos de enfermagem, 22 enfermeiros, seis médicos, dois fisioterapeutas e um nutricionista. Com base nesse quantitativo, fez-se o cálculo amostral, utilizando um nível de confiança de 95% e perda amostral de 10%. O número da amostra, N=58 sujeitos, foi encontrado após cálculo realizado no Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web (SestatNET), conforme demonstrado na Figura 4 a seguir.

Participaram dessa fase 63 profissionais de saúde, sendo: 41 técnicos de enfermagem, 14 enfermeiros, cinco médicos, dois fisioterapeutas e um auxiliar de enfermagem, selecionados por meio de uma amostragem não probabilística por conveniência.

Figura 6 - Cálculo amostral. Rio de Janeiro. 2020

Tamanho Mínimo da Amostra	
Estimação de Percentual	
Tamanho da População	115
Precisão da Estimativa	50 ± 10%
Nível de Confiança	95%
Tamanho da Amostra	58
Perda Amostral	10%
Para outros Níveis de Confiança	
Nível de Confiança	Tamanho da Amostra
99.9%	89
99%	75
90%	47

Fonte: NASSAR; WRONSCKI; OHIRA, 2015, *online*.

3.2.2 Fase qualitativa

Para a fase qualitativa, o método de amostragem foi intencional, não probabilístico. Foi utilizado como critério de inclusão ter participado da primeira fase do estudo e como critério de exclusão o não preenchimento completo de pelo menos uma seção do questionário “*Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*”, pois os dados de questionários incompletos não foram considerados na primeira fase. Participaram 13 profissionais, sendo seis técnicos de enfermagem, cinco enfermeiros, um médico e, um fisioterapeuta. Cabe destacar que foram observados os protocolos de segurança para prevenção da transmissão do SARS-CoV-2.

3.3 Coleta de dados

3.3.1 Fase quantitativa

Depois de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), os dados foram coletados em duas fases. Na primeira fase, quantitativa, os dados foram coletados, pela autora, em outubro de 2021, durante o horário laboral dos participantes, através da aplicação do questionário “*Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*”, em meio físico.

Foram distribuídos 70 questionários, tendo sido devolvidos preenchidos 65. No entanto dois apresentaram pelo menos uma seção não preenchida completamente, sendo excluídos da amostra. Foram analisados os dados referentes aos 63 que estavam completamente respondidos. A taxa de retorno dos questionários foi de 92%.

3.3.2 Fase qualitativa

Na segunda fase, qualitativa, conduzida pela autora, os dados foram produzidos a partir da técnica do Grupo Focal (GF). Foram realizados 02 encontros com duração de 1 hora 30 minutos e 01 encontro com duração de 1 hora para que se esgotasse a discussão do tema. Ao todo, 13 participantes compuseram o grupo e participaram de todos os encontros.

3.4 Fase 1: etapa quantitativa

3.4.1 Tipo de estudo e variáveis

Trata-se de um estudo *survey* transversal. Esse desenho é usado para obtenção de dados sobre características, ações, ou opiniões de determinado grupo ou população (FREITAS *et al.*, 2000); o transversal se caracteriza em realizar uma única medida na linha do tempo (MEDRONHO, 2008).

As seguintes variáveis foram mensuradas através da utilização instrumento “*Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*”:

a) socioprofissionais:

1. Sexo
2. Idade
3. Unidade de atuação no hospital
4. Tempo de experiência na profissão
5. Tempo de experiência na instituição
6. Tempo de experiência na unidade/serviço de trabalho
7. Horas por semana trabalhadas no hospital
8. Grau de instrução
9. Tem contato direto com paciente
10. Posto ou graduação
11. Corpo e quadro

b) Dimensões da cultura de segurança do paciente:

1. Trabalho em equipe dentro das unidades;
2. Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gestor;
3. Aprendizado organizacional – melhoria contínua;
4. Retorno da informação e comunicação a respeito de erros;
5. Abertura de comunicação;
6. Profissionais;
7. Resposta não punitiva ao erro;
8. Apoio da gestão para a segurança do paciente;

9. Trabalho em equipe entre as unidades;
10. Passagem de plantão ou transferências internas;
11. Percepções gerais sobre segurança do paciente;
12. Frequência de eventos notificados.

3.4.2 Instrumentos para coleta de dados quantitativos

Os dados quantitativos foram coletados pela aplicação do questionário “*Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*” em meio físico (Anexo I).

Ressalta-se que, para a validação do instrumento original, este foi traduzido e, posteriormente, passou por adequação transcultural ao contexto dos hospitais brasileiros. Em seguida, foi desenvolvido um programa de computador, que disponibilizou o questionário em meio eletrônico para facilitar a produção de dados e a análise automática de resultados e relatórios. Por fim, realizou-se a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento em seis hospitais sob diferentes tipos de gestão (ANDRADE *et al.*, 2017).

O HSOPSC é composto de 42 itens, com uma distribuição multidimensional, em 12 dimensões da cultura de segurança do paciente sob a forma de escala de Likert, graduada em cinco opções de respostas de 1 a 5 para os 42 itens, obedecendo à graduação em cinco níveis desde “discordo totalmente” ou “nunca” (1) até “concordo totalmente” ou “sempre” (5). Essa escala permite ao participante indicar em que grau concorda ou não com a opinião expressa na pergunta.

Conforme a *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* (2007) a distribuição das dimensões se dá da seguinte forma: sete dimensões no nível da unidade e três dimensões no nível hospitalar, bem como algumas variáveis de resultados e indicadores (SORRA *et al.*, 2007).

Cada uma das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente está listada e definida a seguir conforme as características dos itens que avaliam:

- a) Os profissionais se apoiam mutuamente, se tratam com respeito e trabalham em conjunto como uma equipe - Dimensão 1. Trabalho em equipe dentro das unidades;

- b) Os supervisores/gestores tomam em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente, elogiam os funcionários pelas iniciativas relacionadas com a segurança do paciente e não ignoram os problemas relacionados com a segurança do paciente - Dimensão 2. Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente do supervisor/gestor;
- c) Existe o aprendizado a partir dos erros, conduzindo a mudanças positivas, e essas mudanças são avaliadas com efetividade - Dimensão 3. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua;
- d) Os profissionais são informados acerca dos erros que acontecem na instituição e a respeito das mudanças implementadas e são discutidas abertamente de forma a prevenir novo erro - Dimensão 4. Retorno da informação e comunicação a respeito de erro;
- e) Os profissionais conversam abertamente se observam algo que possa afetar negativamente a segurança do paciente e sentem-se livres para questionar os que têm mais autoridade - Dimensão 5. Abertura de comunicação;
- f) Há profissionais suficientes para lidar com a carga de trabalho, e os horários de trabalho são adequados para prestar o melhor atendimento para os pacientes - Dimensão 6. Profissionais;
- g) Os profissionais sentem que os seus erros e relatórios de eventos não são usados contra eles e não são mantidos em seus processos pessoais - Dimensão 7. Resposta não punitiva ao erro;
- h) A gestão do hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do paciente e mostra que esta é uma prioridade - Dimensão 8. Apoio da gestão para a segurança do paciente;
- i) As unidades do hospital coordenam e cooperam entre si com o único objetivo de oferecer o melhor cuidado ao paciente - Dimensão 9. Trabalhos em equipe entre as unidades;
- j) A informação relativa aos cuidados prestados é transferida tanto quando o turno muda quanto quando o doente muda de serviço/unidade - Dimensão 10. Passagem de plantão ou transferências internas;

- k) Os procedimentos e os sistemas são capazes de evitar os erros e ausência de problemas de segurança do paciente - Dimensão 11. Percepções gerais sobre segurança do doente;
- l) Os erros notificados são dos seguintes tipos: 1) erros percebidos e corrigidos antes de afetarem o paciente, 2) erros sem potencial para causar dano, e 3) erros que poderiam prejudicar o paciente, mas não ocorreram - Dimensão 12. Frequência de eventos notificados.

O instrumento é distribuído por várias seções, de A a H. Cada uma possui a seguinte distribuição:

- a) Seção A - 18 perguntas direcionadas para as dimensões: Trabalho em equipe dentro das unidades; Aprendizado organizacional; Profissionais; Resposta não punitiva ao erro; Avaliação de segurança do paciente;
- b) Seção B - quatro perguntas direcionadas para a dimensão Superior hierárquico; Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores/gestor;
- c) Seção C - seis perguntas direcionadas para a dimensão Abertura de comunicação; Retorno da informação e Comunicação a respeito de erro;
- d) Seção D - três perguntas direcionadas para a dimensão Frequência de eventos relatados;
- e) Seção E - uma pergunta direcionada para avaliação da Segurança do paciente;
- f) Seção F - 11 perguntas direcionadas para as dimensões Apoio da gestão para a segurança do paciente; Trabalho em equipe entre as unidades; Passagem de plantão ou transferências internas;
- g) Seção G - uma pergunta direcionada para o número de eventos notificados;
- h) Seção H- 11 perguntas sobre características dos respondentes e do hospital.

As dimensões, os itens, as variáveis de resultados e os indicadores do questionário do HSOPSC são descritos no quadro 6, a seguir.

Quadro 6 - Distribuição das dimensões, itens, resultados e indicadores do HSOPS

Dimensões	Itens
1. Trabalho em equipe dentro das unidades	A1- As pessoas apoiam umas às outras; A3- Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente; A4- As pessoas se tratam com respeito; e A11- Quando uma área desta unidade de trabalho fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.
2. Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores/gestor	B1 – Meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente; B2 – o meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente; B3r – Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”; e B4r – O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.
3. Aprendizado organizacional - melhoria contínua	A6 – Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente; A9 – Erros têm levado a mudanças positivas por aqui; e A13- Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.
4. Retorno da informação e comunicação a respeito de erro	C1 – Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir da notificação de eventos; C3 – Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade; e C5 – Na unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente.
5. Abertura de comunicação	C2- Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente; C4- Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores; e C6r - Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.
6. Profissionais (quadro de pessoal)	A2 – Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho; A5r- Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente; A7r – Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente; e

Quadro 6 - Distribuição das dimensões, itens, resultados e indicadores do HSOPSC

(continuação)

	A14r– Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido.
7. Resposta não punitiva ao erro	A8r – Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles; A12r – Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema; e A16r – Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.
8. Suporte da gestão para a segurança do paciente	F1 – A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente; F8 – As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade; e F9r – A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.
9. Trabalho em equipe entre as unidades	F4 – Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto; F10 – As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes; F2r – As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si; e F6r – Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital.
10. Passagem de plantão ou transferências internas	F3r– O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra; F5r – É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno; F7r – Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital; e F11r – Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.
11. Percepções gerais sobre segurança do paciente	A15 – A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída; A18 – Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros; A10r – É apenas por acaso que erros não acontecem por aqui; e A17r– Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.
12. Frequência de eventos notificados	D1 – Quando ocorre erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado? D2 – Quando ocorre erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado? D3 – Quando ocorre erro que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?

Quadro 6 - Distribuição das dimensões, itens, resultados e indicadores do HSOPSC
(conclusão)

12 dimensões	42 itens
Avaliação da segurança do paciente	Avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital
Número de eventos notificados	Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?
2 indicadores	2 indicadores

Legenda: “r” item escrito negativamente.

Fonte: SORRA; NIEVA, 2004; SORRA *et al.*, 2007.

3.4.3 Coleta, tratamento e análise dos dados quantitativos

Os dados foram coletados através da aplicação do questionário HSOPSC, sendo organizados, armazenados e tratados de forma estatística no programa *Statistical Package for Social Science (SPSS) 22.0 for Windows*.

Cada questionário recebeu um caractere numérico, para identificação e seus dados foram digitados no Microsoft Excel (versão 2022) por um digitador independente, sendo revisados pela autora e exportados para o SPSS. As 18 perguntas que foram formuladas de forma negativa, assinaladas com a letra “R”, foram invertidas no programa SPSS.

Os dados foram submetidos à estatística descritiva simples, com cálculo das frequências absolutas e relativas, desvio padrão, mínima, máxima, mediana, e apresentados em forma de tabelas, e gráficos. Para avaliação da associação entre as dimensões da cultura de segurança entre categoria profissional, idade, tempo de experiência profissional, nível de escolaridade e posto ou graduação foi utilizado o teste qui-quadrado. Foram considerados estatisticamente significativos, aqueles cujas associações apresentaram $p < 0,05$. Para medir a força entre a associação das variáveis tempo de profissão, idade e escolaridade foi realizado teste de correlação de Pearson entre as variáveis e as dimensões da cultura de segurança.

3.5 Fase 2: etapa qualitativa

Na etapa qualitativa utilizou-se como método a pesquisa participante, que tem como característica a interação entre os pesquisadores e as pessoas envolvidas na situação investigada (NOVAES; GIL, 2009).

Este método surgiu na América Latina como meio para alcançar a articulação de grupos marginalizados, e sua estratégia consistia em fomentar o processo de formação de consciência crítica das comunidades para sua inserção em processos políticos de mudança (BRANDÃO; STRECK, 1999). Pode ser definida como uma modalidade de pesquisa que tem como propósito “auxiliar a população envolvida a identificar por si mesma os seus problemas, a realizar a análise crítica destes e a buscar as soluções adequadas” (LE BOTERF, 1984, p. 52).

Um dos pressupostos da pesquisa participante de acordo com Thiollent (1987) é o enfoque interdisciplinar, pois ela abre espaço para o entrosamento de diferentes especialidades, por exemplo, sociologia, psicologia, economia, educação e comunicação.

Deve ser compreendida como o “repertório múltiplo e diferenciado de experiências de criação coletiva de conhecimentos destinados a superar a oposição sujeito/objeto no interior de processos que geram saberes e na sequência de ações que aspiram gerar transformações” (BRANDÃO; STRECK, 2006, p. 12).

Para o delineamento da pesquisa participante, a pesquisadora percorreu o seguinte caminho metodológico, adaptado a partir da proposta metodológica de Gil (2002):

- 1º: montagem institucional e metodológica da pesquisa participante;
 - a) determinação das bases teóricas da pesquisa (formulação dos objetivos, definição de conceitos, construção de hipóteses etc.);
 - b) definição das técnicas de coleta de dados;
 - c) delimitação da unidade a ser estudada;
 - d) organização do processo de pesquisa participante;
 - e) preparação dos pesquisadores;
 - f) elaboração do cronograma de atividades a serem realizadas.
- 2º: estudo preliminar da unidade e do grupo de participantes

- a) identificação das características profissionais e os papéis dos profissionais dentro da equipe, ou seja, a estrutura social da unidade;
- b) descoberta do universo vivido pela equipe de saúde, ou seja, seu cotidiano; e
- c) levantamento dos dados socioeconômicos e tecnológicos.

3º: análise crítica dos resultados do estudo quantitativo

Na análise crítica, objetivou-se promover no grupo uma reflexão sobre os resultados do estudo quantitativo, discutindo-se o impacto da pandemia da COVID-19 na cultura de segurança da unidade. Procurou-se ir além das representações cotidianas dos problemas vivenciados pela equipe em relação à segurança do paciente. Para tanto, foi proposto pela pesquisadora o questionamento dessas representações. Após esse questionamento, passou-se à formulação mais objetiva da percepção da cultura de segurança por parte da equipe e a sua relação com a pandemia da COVID-19, que envolve:

- a) a descrição da percepção de cultura de segurança do paciente;
- b) a identificação da relação entre a pandemia e a percepção da cultura de segurança; e
- c) a formulação de hipóteses de ação sobre o que eventualmente precisaria ser resgatado e/ou o que precisa ser mantido como parte da cultura institucional em função da pandemia.

4º: elaboração de um plano de ação

Com base nas hipóteses formuladas na fase anterior, foi elaborado um plano de ação pelos participantes do GF, utilizando a ferramenta 5W2H.

A ferramenta 5W2H é uma das ferramentas de gestão da qualidade, que de acordo com Marques (2017), são técnicas aplicadas nos processos institucionais, com o objetivo de garantir que o cliente final tenha sempre a melhor experiência.

A expressão vem da junção de cinco palavras em inglês que começam com “W” e duas com “H”, que compõem um plano de ação: what (o que será feito), who (quem fará), when (quando), where (onde), why (por que será feito), How (como será feito) e how much (quanto custará). Respondendo-se aos sete termos da 5W2H, tem-se planos de ação bem especificados (GHERMANDI, 2017).

A ferramenta é considerada de fácil aplicação e encaixe em qualquer empresa, independentemente do seu porte ou da atividade que exerce. A 5W2H formaliza as ações a serem desenvolvidas e evita que algum ponto seja mal planejado ou esquecido;

sua aplicação dá clareza aos detalhes de um projeto. Como resultado, os gestores têm mais controle do que deve ser realizado, evitando dúvidas ou conflitos sobre responsabilidades, prazos e entregas (OLIVEIRA, 2016).

Foram incluídas no plano as ações que obtiveram uniformidade de opiniões entre os participantes, e as divergentes não foram incluídas. A construção do plano de ação envolveu, de modo geral:

a) ações que possibilitem a análise mais adequada da cultura de segurança da unidade pela própria equipe como um processo de auto auditoria;

b) ações que possibilitem melhoria imediata das situações que precisam ser corrigidas ou aperfeiçoadas na unidade, identificadas na discussão sobre a cultura de segurança do paciente;

c) ações que possibilitem melhoria a médio ou longo prazo em nível local ou mais amplo.

Uma pesquisa participante não se encerra com a elaboração de um relatório, mas com um plano de ação que, por sua vez, poderá ensejar nova pesquisa. Daí o caráter informal e dialético dessa modalidade de pesquisa. Seus resultados não são tidos como conclusivos, mas tendem a gerar novos problemas que exigem novas ações. Na realidade, a evolução dos conhecimentos mediante a pesquisa participante se processa em espiral: suas fases se repetem, mas em nível superior, como indica uma das leis fundamentais da dialética (GIL, 2007, p. 152).

3.5.1 Técnica de coleta de dados qualitativos

A coleta de dados foi realizada pela própria autora, através da técnica do grupo focal (GF), que possibilitou a discussão coletiva e aprofundada dos dados. O roteiro, Apêndice C, que orientou a condução do grupo, emergiu do resultado da análise dos dados quantitativos, produzidos pelos próprios entrevistados e apresentados a estes pela pesquisadora. Foi utilizado um gravador para o registro das falas dos participantes.

“O GF consiste em uma técnica de coletar dados diretamente das falas de um grupo, que revela suas experiências e percepções em torno de um tema de interesse coletivo.” (LEOPARDI *et al.*, 2001, p.58).

O roteiro deve ser um facilitador na condução de uma conversa, com finalidade específica, e não um obstáculo capaz de cercear o entrevistado; deve permitir emergir novos temas a partir de provocações iniciais trazidas pelos questionamentos (MINAYO, 2014; THIOLENT, 2009).

Quanto ao número de participantes, estudos evidenciam uma variação entre seis e 15, sendo o tamanho adequado para um GF aquele que permita a participação efetiva dos envolvidos e a discussão ampla sobre os temas (TRAD, 2009). A definição da amostra da fase qualitativa também foi subsidiada a partir do resultado da fase quantitativa, como prevê o método misto sequencial explanatório. Quanto à quantidade de encontros, a literatura estima que a realização de dois GF com aproximadamente 1 hora e 30 minutos de duração seja suficiente para esgotar a discussão do tema.

O objetivo do GF foi fomentar discussões sobre os problemas identificados pelos participantes, levantar as ações prioritárias e construir um plano de ação voltado para o gerenciamento das dimensões da segurança do paciente consideradas frágeis e dos elementos necessários para implementá-lo.

3.5.2 Organização e análise dos dados qualitativos

Os dados qualitativos foram transcritos e, depois foi utilizada a técnica de análise de conteúdo lexical pelo método classificação hierárquica descendente (CHD), por meio do software Iramutec (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*).

A análise lexical difere da análise de conteúdo temática, porque na análise temática os dados coletados são interpretados, categorizados e posteriormente organizados, quantificados e sistematizados. Já a análise lexical utiliza as palavras encontradas no texto, através de inferência estatística. As palavras são agrupadas conforme seu sentido relacionado a determinado objeto. Assim, os dados são sistematizados para posteriormente serem entendidos e interpretados (JUSTO, CAMARGO, 2014).

A análise de conteúdo lexical propõe que se supere a dicotomia clássica entre quantitativo e qualitativo na análise de dados, na medida em que possibilita que se

quantifique e empregue cálculos estatísticos sobre variáveis essencialmente qualitativas, os textos (LAHLOU, 1994).

O Iramutec é um software gratuito, desenvolvido em 2009 pelo Prof. Dr. Pierre Ratinaud (IRAMUTEQ, 2020), adaptado do francês para a língua portuguesa em 2013, passando a ser utilizado no Brasil (CAMARGO; JUSTO, 2013b). A partir de então, pesquisadores da área de saúde tem se apropriado dessa ferramenta (LOWEN *et al.* 2015; MOURA *et al.*, 2014). Apresenta rigor estatístico, permitindo que pesquisadores utilizem diferentes recursos técnicos de análise lexical, a saber: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades de grupos; classificação hierárquica descendente; análises de similitude e nuvem de palavras (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

De acordo com Lahlou (2001) o uso do *software* não é um método de análise de dados, mas uma ferramenta para processá-los, isto é, não conclui essa análise, já que a interpretação é essencial e é de responsabilidade do pesquisador.

Segundo Camargo e Justo (2013a) para a compreensão das etapas realizadas pelo Iramutec, faz-se necessário o conhecimento dos conceitos a seguir:

- a) *Corpus*: conjunto de textos, construído pelo pesquisador. Nesta pesquisa, o *corpus* de análise foi a produção discursiva do GF.
- b) Textos: também de definição do pesquisador, compõem o *corpus*. Nesta pesquisa a produção discursiva de cada pergunta do roteiro formou o texto.
- c) Segmentos de texto: pedaços do texto. Na análise padrão, são definidos pelo *software*, geralmente compostos por três linhas, porém, podem ser escolhidos pelo pesquisador.

As análises lexicais clássicas buscam e criam formatações novas das unidades de texto, transformando unidades de contexto inicial (UCI) em unidades de contexto elementares (UCE); quantificação de palavras, frequências médias e hápax (palavras que aparecem somente uma vez); identificação do vocábulo e redução da palavra a partir da sua raiz (lemarização); criação de dicionário de formas reduzidas, identificação de formas ativas e elementares. As análises multivariadas possibilitam a associação dos textos com as variáveis de caracterização, possibilitando comparações por parte do pesquisador. Na classificação hierárquica descendente, o conjunto textual deverá centrar-se nos temas (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

No método CHD, os segmentos de texto são divididos e classificados de acordo com seu vocábulo, a partir de palavras previamente lemarizadas (CAMARGO; JUSTO,

2013a). Essa classificação gera UCE com vocabulário semelhante conforme sua classe, e com vocabulários diferentes em classes diferentes. O método utiliza testes do tipo qui-quadrado (χ^2), onde são cruzados segmentos de textos e palavras, gerando uma classificação estável definida. O dendrograma gerado pelo software demonstra as relações entre as classes e os resultados dos cálculos possibilitam a descrição das classes através do seu vocabulário e variáveis (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

3.6 Integração dos dados quantitativos e qualitativos

A realização de um estudo de método misto não significa a condução de dois estudos distintos que abordam uma questão específica, mas de um estudo que utiliza métodos diferentes para responder a uma questão de pesquisa específica, buscando que as informações obtidas se complementem (INGHAM-BROOMFIELD, 2016).

A análise dos dados no projeto sequencial explanatório consiste em avaliar separadamente os dados quantitativos e qualitativos, com metodologias distintas para cada fase. Depois, com a utilização de técnicas que integrem os dados e resultados, procede-se a análise e a interpretação dos resultados integrados que responderão às questões ou hipóteses da pesquisa de métodos mistos (CRESWELL; CLARK, 2013).

Para este estudo, a interpretação dos dados ocorreu sequencialmente no final de cada etapa da coleta de dados e informações (CRESWELL, J.; CRESWELL, D., 2021). O processo de integração se deu pela conexão dos resultados quantitativos à coleta dos dados qualitativos (CRESWELL, J.; CRESWELL, D., 2021), cujo objetivo foi interpretar como os resultados qualitativos ajudaram a explicar os quantitativos (CRESWELL, J.; CRESWELL, D., 2021), e a partir daí extrair a melhor compreensão da percepção da cultura de segurança pelos profissionais de saúde da emergência.

Os resultados das etapas quantitativa e qualitativa foram apresentados separadamente no capítulo seguinte e, na sequência, os resultados integrados, na forma de meta inferência, interpretações a partir da análise dos dados quantitativos e das informações qualitativas (CRESWELL; CLARK, 2013), e *joint displays*, exibição conjunta dos dados e informações (GUETTERMAN; FETTERS; CRESWELL, 2015), conforme demonstrado na Figura 7.

As exibições conjuntas são valiosas na pesquisa de métodos mistos porque podem ajudar tanto o pesquisador quanto o leitor a pensar sobre a integração de dados quantitativos e qualitativos. Podem, ainda, facilitar o processo cognitivo envolvido na mistura e adição de perspectivas (HARRISON; REILLY; CRESWELL, 2020).

Em um estudo explicativo, o pesquisador determina quais resultados quantitativos precisam de explicação adicional e, em seguida, conduz uma fase de acompanhamento qualitativo (CRESWELL; CLARK, 2017).

Figura 7 - Apresentação dos resultados das fases quantitativa, qualitativa e integração



Fonte: Adaptado de CRESWELL, 2013, p.78.

3.7 Aspectos éticos

Este trabalho foi previamente submetido ao Comitê Avaliador de Projetos de Pesquisa do Hospital Naval Marcílio Dias, tendo sua realização autorizada, após submissão ao CEP.

Posteriormente, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro sob o número CAAE: 47252821.0.0000.5282 e pelo Instituto de Pesquisas Biomédicas do Hospital Naval Marcílio Dias sob o número CAAE: 47252821.0.3001.5256.

Por oportuno, cabe ressaltar que aos participantes foram explicados os objetivos do estudo e a anuência em participar se deu através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver apêndice A), assinado, após lido e entendido. Conforme determinação da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, atendendo aos preceitos da ética o documento é obrigatório para pesquisas envolvendo seres humanos, com garantia do

seu anonimato e liberdade para sair do estudo a qualquer momento (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização socioprofissional dos participantes

A Tabela 1 apresenta a caracterização socioprofissional dos participantes.

Tabela 1 – Caracterização socioprofissional da equipe multiprofissional. Rio de Janeiro, 2022 (continua)

Variável	Categoria	Número absoluto	Frequência relativa	Limite Inferior IC	Limite Superior IC
Área/ unidade	Setor de emergência	63	100,00	93,12	100,00
Tempo de atuação no hospital	De 6 a 11 meses	15	23,81	14,89	35,74
	De 1 a 5 anos	26	41,27	29,95	53,59
	De 6 a 10 anos	16	25,40	16,19	37,43
	De 11 a 15 anos	4	6,35	2,05	15,67
	De 16 a 20 anos	1	1,59	0,00	9,27
	Mais de 20 anos	1	1,59	0,00	9,27
Tempo de atuação na emergência	De 6 a 11 meses	21	33,33	22,91	45,67
	De 1 a 5 anos	26	41,27	29,95	53,59
	De 6 a 10 anos	12	19,05	11,09	30,56
	De 11 a 15 anos	4	6,35	2,05	15,67
Carga horária semanal	Menos de 20 horas	2	3,18	0,23	11,50
	De 20 a 39 horas	11	17,46	9,86	28,80
	De 40 a 59 horas	46	73,02	60,89	82,49
	De 60 a 79 horas	2	3,18	0,23	11,50
	De 80 a 99 horas	1	1,59	0,00	9,27
	100 horas ou mais	1	1,59	0,00	9,27
Cargo	Médico	4	6,35	2,05	15,67
	Médico residente	1	1,59	0,00	9,27
	Enfermeiro	14	22,22	13,61	34,03
	Técnico de enfermagem	41	65,08	52,72	75,70
	Auxiliar de enfermagem	1	1,59	0,00	9,27
	Fisioterapeuta	2	3,18	0,23	11,50
Contato direto com pacientes	Não	3	4,76	1,10	13,62
	Sim	60	95,24	86,38	98,90
	Superior incompleto	9	14,29	7,48	25,20
	Superior completo	7	11,11	5,19	21,50
	Especialização	23	36,51	25,69	48,88
	Mestrado/Doutorado	3	4,76	1,10	13,62

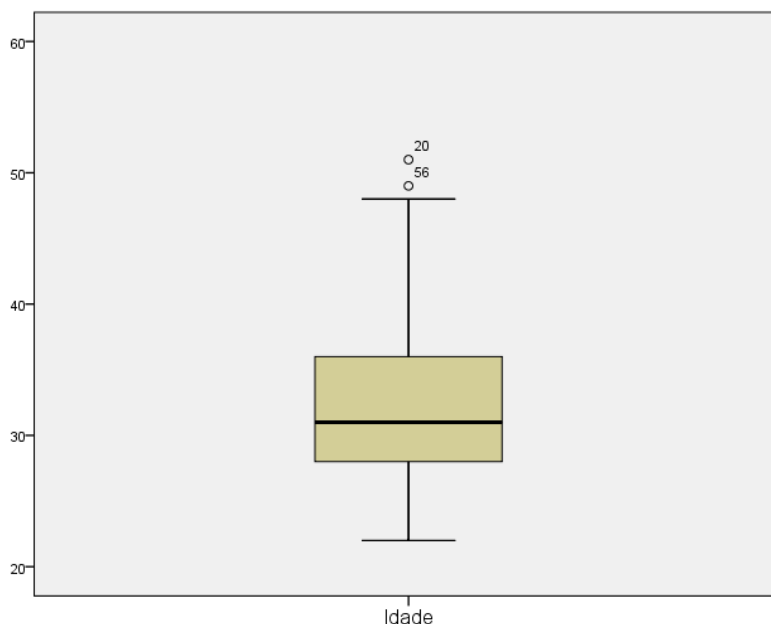
Tabela 1 – Caracterização socioprofissional da equipe multiprofissional. Rio de Janeiro, 2022 (conclusão)

Sexo	Feminino	34	53,97	41,79	65,69	
	Masculino	29	46,03	34,31	58,21	
Posto ou graduação	1TEN	12	19,05	11,09	30,56	
	2TEN	2	3,18	0,23	11,50	
	CB-EF	17	26,98	17,51	39,11	
	CF	2	3,18	0,23	11,50	
	CIVIL	2	3,18	0,23	11,50	
	CT	3	4,76	1,10	13,62	
	SG-EF	24	38,10	27,10	50,46	
	SO-EF	1	1,59	0,00	9,27	
	CAP-QAP	33	52,38	40,27	64,22	
	CPRM	9	14,29	7,48	25,20	
	CSM-Md	4	6,35	2,05	15,67	
	Corpo ou quadro	CSM-S	3	4,76	1,10	13,62
		RM2-Md	1	1,59	0,00	9,27
RM2-S		11	17,46	9,86	28,80	
CIVIL						
TEMPORÁRIO		2	3,18	0,23	11,50	

Fonte: A autora, 2022.

Com relação à idade evidenciou-se que a média é de 32,35 anos, com desvio padrão 6,34 anos, conforme apresentado na Figura 8, abaixo.

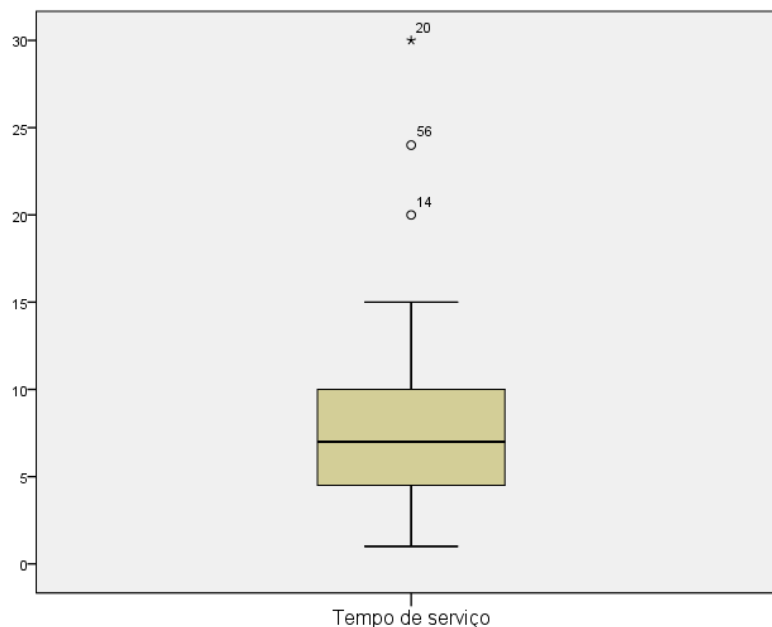
Figura 8 – Idade em anos



Fonte: A autora, 2022.

Com relação ao tempo de experiência profissional, notou-se que a média é de 7,63 anos de experiência na profissão ou especialidade, com desvio padrão 5,45 anos, conforme apresentado na Figura 9, a seguir.

Figura 9 – Tempo de serviço.



Fonte: A autora, 2022.

4.2 Resultados da fase quantitativa

Os resultados da fase quantitativa foram obtidos com a aplicação do questionário “*Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*” para os profissionais da equipe multidisciplinar do Serviço de Emergência.

É recomendado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), criadora do HSOPSC, que seja utilizado o percentual médio de respostas positivas obtido em cada dimensão para identificação da percepção acerca da cultura de segurança do paciente (SORRA, NIEVA; 2004).

Foi considerada como dimensão forte da segurança do paciente a que obteve percentual maior ou igual a 75% de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”), ou percentual maior ou igual a 75% de respostas negativas (“discordo totalmente” ou “discordo”) nas perguntas formuladas de forma negativa. Da mesma forma, foram consideradas dimensões frágeis da segurança do paciente e que necessitam

de melhorias aquelas que obtiveram percentual menor ou igual a 50% de respostas positivas. Foram consideradas dimensões neutras as que apresentaram taxa de resposta positiva entre 51% e 74%.

Nessa seção foram apresentados os resultados referentes à percepção de segurança do paciente, por dimensão, em seguida sua associação com as variáveis categoria profissional, faixa etária, tempo de experiência no hospital, tempo de experiência na atual área/unidade, posto ou graduação, corpo ou quadro, escolaridade e sexo.

4.2.1 Dimensões da cultura de segurança do paciente no Serviço de Emergência

A seguir, cada dimensão foi apresentada detalhadamente, de acordo com os tópicos: avaliação da cultura de segurança ao nível das unidades/serviços, ao nível do hospital e aos aspectos gerais de segurança do paciente.

4.2.1.1 Avaliação da cultura de segurança ao nível do Serviço de Emergência

Pode-se observar a percepção da cultura de segurança referente ao Serviço de Emergência, totalizando sete dimensões, apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Dimensões referentes ao Serviço de Emergência. Rio de Janeiro, 2022

(continua)

Aspectos ao nível de unidades/serviços	%Negativo	%Neutro	%Positivo
1. Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços			78
A1	4,8	15,9	79,4
A3	4,8	7,9	87,3
A4	1,6	9,5	88,9
A11	25,4	17,5	57,1

Tabela 2 – Dimensões referentes ao Serviço de Emergência. Rio de Janeiro, 2022
(conclusão)

2. Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores				40
B1	17,5	14,3		68,3
B2	6,3	22,2		71,4
B3 (R)	65,1	19,0		15,9
B4 (R)	77,8	15,9		6,3
3. Aprendizado organizacional				60
A6	6,3	17,5		76,2
A9	14,3	34,9		50,8
A13	14,3	31,7		54,0
4. Retorno de informação e comunicação a respeito de erro				40
C1	31,7	42,9		25,4
C3	30,2	20,6		49,2
C5	15,9	39,7		44,4
5. Abertura de comunicação – melhoria contínua				35
C2	11,1	5,4		63,5
C4	49,2	33,3		17,5
C6 (R)	34,9	41,3		23,8
6. Profissionais (quadro de pessoal)				41
A2	76,2	14,3		9,5
A5 (R)	15,9	17,5		66,7
A7 (R)	36,5	34,9		28,6
A14 (R)	15,9	23,8		60,3
7. Resposta não punitiva ao erro				65
A8 (R)	9,5	15,9		74,6
A12 (R)	11,1	27,0		61,9
A16 (R)	22,2	19,0		58,7

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa; Cultura forte que representa respostas n positivas $\geq 75\%$; Cultura frágil = respostas positivas $\leq 50\%$.

Fonte: A autora, 2022.

Observou-se que as dimensões “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores” (40%), “Retorno de informação e comunicação a respeito de erro” (40%), “Abertura de comunicação – melhoria contínua” (35%) e “Profissionais (quadro de pessoal) (40%)” foram consideradas frágeis.

Como dimensões neutras, destaca-se: “Aprendizado organizacional” (60%) e “Resposta não punitiva ao erro” (65%), sendo a dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços” a única considerada como dimensão forte (78%).

4.2.1.2 Avaliação da cultura de segurança ao nível do hospital

Foi apresentada, na Tabela 3, a percepção da cultura de segurança a nível do hospital, totalizando três dimensões.

Tabela 3 – Dimensões referentes ao hospital. Rio de Janeiro, 2022

Aspectos ao nível do hospital	%Negativo	%Neutro	%Positivo
8. Suporte da gestão para a segurança do paciente			37
F1	19,0	42,9	38,1
F8	25,4	30,2	44,4
F9 (R)	42,9	30,2	27,0
9. Trabalho em equipe entre as unidades			37
F4	34,9	38,1	27,0
F10	12,7	42,9	44,4
F2 (R)	15,9	39,7	44,4
F6 (R)	41,3	27,0	31,7
10. Passagem de plantão ou transferências internas			29
F3 (R)	39,7	22,2	38,1
F5 (R)	47,6	23,8	28,6
F7 (R)	33,3	31,7	34,9
F11 (R)	61,9	25,4	12,7

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa; Cultura forte que representa respostas positivas $\geq 75\%$; Cultura frágil = respostas positivas $\leq 50\%$.

Fonte: A autora, 2022.

Notou-se que a percepção de cultura de segurança de todas as dimensões referentes ao nível hospital foram consideradas frágeis.

4.2.1.3 Avaliação dos resultados gerais da cultura de segurança

A percepção da cultura de segurança considerando os aspectos gerais de segurança do paciente, apresentadas em duas dimensões, encontra-se na Tabela 4.

Tabela 4 – Dimensões referentes aos aspectos gerais de segurança do paciente. Rio de Janeiro, 2022

Aspectos gerais de segurança do paciente	%Negativo	%Neutro	%Positivo
11. Percepções gerais sobre segurança do paciente			31
A15	49,2	17,5	33,3
A18	31,7	38,1	30,2
A10 (R)	52,4	28,6	19,0
A17 (R)	27,0	30,2	42,9
12. Frequência de eventos notificados			35
D1	39,7	25,4	34,9
D2	36,5	31,7	31,7
D3	25,4	34,9	39,7

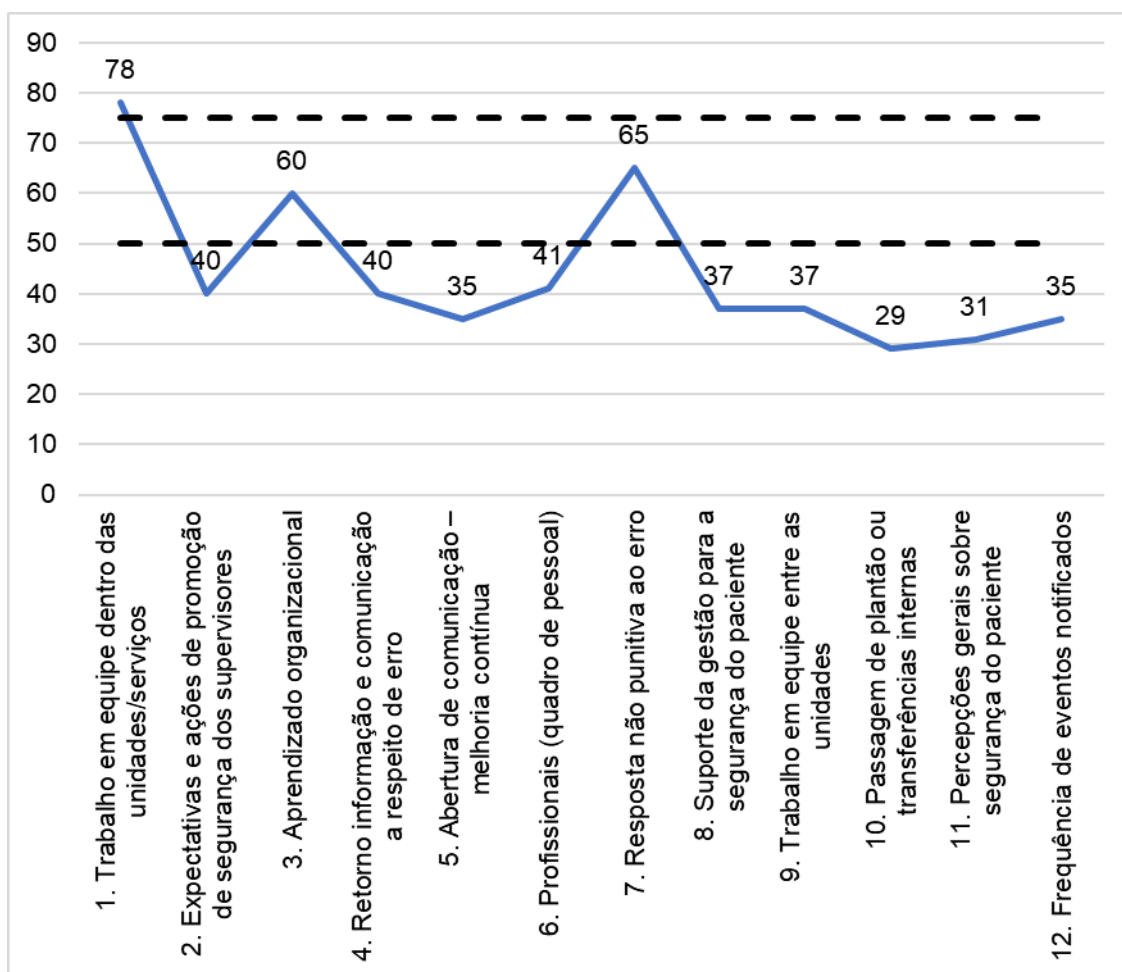
Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa; Cultura forte que representa respostas positivas $\geq 75\%$; Cultura frágil = respostas positivas $\leq 50\%$.

Fonte: A autora, 2022.

Do mesmo modo, notou-se que as dimensões referentes aos aspectos gerais de segurança do paciente foram frágeis.

O gráfico 1, abaixo, apresenta as dimensões de forma geral. Observa-se que a percepção da cultura de segurança apresentou nove dimensões frágeis, duas neutras e apenas uma forte.

Gráfico 1 – Dimensões avaliadas



Fonte: A autora, 2022.

4.2.1.4 Avaliação de indicadores de resultados

Nesta seção foram apresentados os indicadores de segurança do paciente: nota geral de segurança do paciente no Serviço de Emergência e frequência de eventos notificados nos últimos 12 meses pelos participantes deste estudo.

Na Tabela 5, foram apresentados os resultados da nota de segurança do paciente no Serviço de Emergência.

Tabela 5 - Nota de segurança do paciente no Serviço de Emergência. Rio de Janeiro, 2022

Variável	Número absoluto	Frequência relativa	Limite inferior do IC	Limite superior do IC
Excelente	4	6,35	2,05	15,67
Muito boa	23	36,51	25,69	48,88
Regular	31	49,21	37,27	61,24
Ruim	5	7,94	3,05	17,66

Fonte: A autora, 2022.

Na Tabela 6 foi apresentada a frequência de eventos notificados.

Tabela 6 - Frequência de eventos notificados nos últimos 12 meses. Rio de Janeiro, 2022

Variável	Número absoluto	Frequência relativa	Limite inferior do IC	Limite superior do IC
Nenhuma	54	85,71	74,80	92,52
Uma ou duas	6	9,52	4,10	19,60
De 3 a 5	3	4,76	1,10	13,62

Fonte: A autora, 2022.

4.2.2 Associação das dimensões da cultura de segurança do paciente no Serviço de Emergência

A seguir foi apresentada a associação das dimensões de segurança do paciente com as variáveis: categoria profissional, faixa etária, tempo de experiência no hospital, tempo de experiência na atual área/unidade, posto ou graduação, corpo ou quadro, escolaridade e sexo.

4.2.2.1 Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente do Serviço de Emergência e a categoria profissional

Avaliando as dimensões conforme a categoria profissional de cada entrevistado, pode-se observar que não houve associação significativa entre a maioria das variáveis relacionadas à dimensão referente ao nível de unidade/serviço (Tabela 7). No entanto, em relação ao aprendizado organizacional a questão “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” apresentou associação significativa, sendo observado maiores porcentagem positivas nos indivíduos das categorias profissionais de médico do corpo clínico/ médico assistente, médico residente/ médico em treinamento, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Além disso, sobre a dimensão Profissionais (quadro de pessoal), a questão “Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente” apresentou associação significativa, sendo observadas maiores porcentagens positivas nos indivíduos da categoria profissional de médico do corpo clínico/ médico assistente, médico residente/ médico em treinamento, enfermeiro e técnico de enfermagem.

Tabela 7 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente a nível do Serviço de Emergência e a categoria profissional. Rio de Janeiro, RJ- 2022

Categoria profissional	Aspectos ao nível de unidades/serviços	1. Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços				2. Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores				3. Aprendizado organizacional			4. Retorno informação e comunicação a respeito de erro			5. Abertura de comunicação – melhoria contínua			6. Profissionais (quadro de pessoal)				7. Resposta não punitiva ao erro		
		A1	A3	A4	A11	B1	B2	B3 (R)	B4 (R)	A6	A9	A13	C1	C3	C5	C2	C4	C6 (R)	A2	A5 (R)	A7 (R)	A14 (R)	A8 (R)	A12 (R)	A16 (R)
Médico do Corpo Clínico/ Médico Assistente	%Negativo	0	0	0	25	0	0	75	75	25	0	0	50	25	25	25	50	50	100	0	25	25	0	25	0
	%Neutro	0	0	0	50	25	25	25	25	0	50	75	25	25	25	0	0	0	0	25	50	0	25	25	25
	%Positivo	100	100	100	25	75	75	0	0	75	50	25	25	50	50	75	50	50	0	75	25	75	75	50	75
Médico Residente/ Médico em Treinamento	%Negativo	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0	100	0	0	0	0	0	0
	%Neutro	0	0	0	0	0	100	0	0	0	100	100	100	0	100	100	0	100	0	0	100	0	0	0	0
	%Positivo	100	100	100	100	0	0	100	100	100	0	0	0	100	0	0	0	0	0	100	0	100	100	100	100
Enfermeiro	%Negativo	14,3	7,1	0	21,4	21,4	14,3	64,3	78,6	7,1	21,4	28,6	35,7	50	14,3	14,3	57,1	21,4	78,6	35,7	35,7	7,1	21,4	21,4	21,4
	%Neutro	26,8	14,3	14,3	28,6	28,6	35,7	14,3	14,3	50	35,7	28,6	35,7	28,6	57,1	42,9	28,6	57,1	21,4	0	21,4	28,6	7,1	21,4	0
	%Positivo	57,1	78,6	85,7	50	50	50	21,4	7,1	42,9	42,9	42,9	28,6	21,4	28,6	42,9	14,3	21,4	0	64,3	42,9	64,3	71,4	57,1	78,6
Técnico de Enfermagem	%Negativo	2,4	4,9	2,4	26,8	14,6	4,9	68,3	80,5	2,4	12,2	9,8	29,3	26,8	12,2	7,3	43,9	39	73,2	7,3	36,6	17,1	7,3	7,3	26,8
	%Neutro	12,2	7,3	9,8	12,2	9,8	17,1	19,5	14,6	9,8	29,3	26,8	43,9	14,6	36,6	22	39	39	14,6	22	39	26,8	19,5	31,7	26,8
	%Positivo	85,4	87,8	87,8	61	75,6	78	12,2	4,9	87,8	58,5	63,4	26,8	58,5	51,2	70,7	17,1	22	12,2	70,7	24,4	56,1	73,2	61	46,3
Auxiliar de Enfermagem	%Negativo	0	0	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0	0	100	100	0	100	0	0	0	0	0
	%Neutro	0	0	0	0	0	0	100	0	0	100	0	100	0	0	0	100	0	0	100	0	0	0	0	0
	%Positivo	100	100	100	100	100	100	0	0	100	0	100	0	100	100	100	0	0	0	0	0	100	100	100	100
Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo	%Negativo	0	0	0	50	50	0	50	50	50	50	50	50	0	100	50	100	0	50	100	50	50	0	0	0
	%Neutro	50	0	0	0	0	0	0	50	0	50	50	50	110	0	0	0	50	0	0	0	0	0	0	0
	%Positivo	50	100	100	50	50	100	50	0	50	0	0	0	0	0	50	0	50	50	0	50	50	100	100	100
p-valor		0,504	0,995	0,998	0,679	0,302	0,505	0,218	0,063	0,008*	0,518	0,193	0,920	0,103	0,084	0,259	0,454	0,477	0,630	0,005*	0,694	0,835	0,871	0,841	0,412

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa; *associação significativa entre as categorias profissionais ($p < 0,05$; teste qui-quadrado).

Fonte: A autora, 2022.

Avaliando associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente e categoria profissional de cada entrevistado, pode-se observar que não houve associação significativa entre as variáveis relacionadas à dimensão referente ao nível do hospital (Tabela 8).

Tabela 8 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao nível do hospital e categoria profissional. Rio de Janeiro, 2022

Categoria profissional	Aspectos ao nível de unidades/serviços	8. Suporte da gestão para a segurança do paciente			9. Trabalho em equipe entre as unidades				10. Passagem de plantão ou transferências internas.			
		F1	F8	F9 (R)	F4	F10	F2 (R)	F6 (R)	F3 (R)	F5 (R)	F7 (R)	F11 (R)
Médico do Corpo Clínico/ Médico Assistente	%Negativo	25	25	50	50	0	25	25	0	0	0	25
	%Neutro	25	25	25	0	75	25	50	50	50	50	50
	%Positivo	50	50	25	50	25	50	25	50	50	50	25
Médico Residente/ Médico em Treinamento	%Negativo	100	100	0	100	0	100	0	0	0	0	100
	%Neutro	0	0	0	0	100	0	100	100	100	0	0
	%Positivo	0	0	100	0	0	0	0	0	0	100	0
Enfermeiro	%Negativo	14,3	28,6	50	57,1	21,4	28,6	28,6	35,7	42,9	28,6	57,1
	%Neutro	57,1	28,6	35,7	42,9	42,9	28,6	21,4	14,3	28,6	21,4	21,4
	%Positivo	28,6	42,9	14,3	0	35,7	42,9	50	50	28,6	50	21,4
Técnico de Enfermagem	%Negativo	17,1	22	43,9	22	9,8	22	46,3	46,3	56,1	41,5	65,9
	%Neutro	41,5	34,1	31,7	43,9	36,6	34,1	26,8	22	14,6	34,1	26,8
	%Positivo	41,5	43,9	24,4	34,1	53,7	43,9	26,8	31,7	29,3	24,4	7,3
Auxiliar de Enfermagem	%Negativo	0	0	0	100	0	0	100	0	100	0	100
	%Neutro	100	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0
	%Positivo	0	100	100	0	0	100	0	100	0	100	0
Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo	%Negativo	50	50	0	50	50	50	50	50	0	0	50
	%Neutro	0	0	0	0	50	0	0	0	100	50	0
	%Positivo	50	50	100	50	0	50	50	50	0	50	50
p-valor		0,492	0,829	0,272	0,085	0,432	0,829	0,829	0,382	0,082	0,405	0,596

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa.

Fonte: A autora, 2022.

A Tabela 9 elucida as dimensões conforme a categoria profissional de cada entrevistado. Pode-se observar que não houve associação significativa entre as variáveis relacionadas à dimensão referente aos aspectos gerais de segurança do paciente.

Tabela 9 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes aos aspectos gerais de segurança do paciente e categoria profissional. Rio de Janeiro, 2022

Categoria profissional	Aspectos ao nível de unidades/serviços	11. Percepções gerais sobre segurança do paciente				12. Frequência de eventos notificados		
		A15	A18	A10 (R)	A17 (R)	D1	D2	D3
Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente	%Negativo	75	50	25	0	50	50	50
	%Neutro	25	25	50	50	50	50	50
	%Positivo	0	25	25	50	0	0	0
Médico Residente/Médico em Treinamento	%Negativo	100	100	0	0	100	0	0
	%Neutro	0	0	100	100	0	100	0
	%Positivo	0	0	0	0	0	0	100
Enfermeiro	%Negativo	71,4	35,7	50	14,3	50	28,6	21,4
	%Neutro	14,3	50	21,4	14,3	35,7	42,9	42,9
	%Positivo	14,3	14,3	28,6	71,4	14,3	28,6	35,7
Técnico de Enfermagem	%Negativo	36,6	26,8	61	34,1	31,7	34,1	24,4
	%Neutro	17,1	39	26,8	31,7	22	26,8	29,3
	%Positivo	46,3	34,1	12,2	34,1	46,3	39	46,3
Auxiliar de Enfermagem	%Negativo	0	0	0	100	0	100	0
	%Neutro	100	0	100	0	0	0	100
	%Positivo	0	100	0	0	100	0	0
Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo	%Negativo	100	50	0	0	100	100	50
	%Neutro	0	0	0	50	0	0	50
	%Positivo	0	50	100	50	0	0	0
p-valor		0,093	0,567	0,067	0,187	0,176	0,346	0,548

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa.

Fonte: A autora, 2022.

4.2.2.2 Associação das dimensões da cultura de segurança do paciente do Serviço de Emergência com a faixa etária

Avaliando as dimensões conforme a faixa etária de cada entrevistado, pode-se observar que não houve associação significativa entre a maioria das variáveis relacionadas à dimensão referente ao nível de unidade/serviço (Tabela 10). No entanto, em relação ao Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços, a questão “Quando

uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam” apresentou associação significativa, sendo observadas maiores porcentagens positivas nos indivíduos com menos de 39 anos.

Tabela 10 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao Serviço de Emergência e faixa etária. Rio de Janeiro, 2022

Faixa etária	Aspectos ao nível de unidades/serviços	1. Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços				2. Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores				3. Aprendizado organizacional			4. Retorno informação e comunicação a respeito de erro			5. Abertura de comunicação – melhoria contínua			6. Profissionais (quadro de pessoal)				7. Resposta não punitiva ao erro		
		A1	A3	A4	A11	B1	B2	B3 (R)	B4 (R)	A6	A9	A13	C1	C3	C5	C2	C4	C6 (R)	A2	A5 (R)	A7 (R)	A14 (R)	A8 (R)	A12 (R)	A16 (R)
≤ 39 anos	%Negativo	5,4	5,4	1,8	23,2	17,9	5,4	64,3	76,8	5,4	16,1	12,5	30,4	28,6	14,3	12,5	51,8	33,9	73,2	14,3	39,3	16,1	10,7	8,9	25
	%Neutro	16,1	5,4	10,7	14,3	14,3	21,4	17,9	16,1	16,1	33,9	32,1	44,6	21,4	41,1	26,8	33,9	42,9	16,1	17,9	33,9	25	16,1	25	19,6
	%Positivo	78,6	89,3	87,5	62,5	67,9	73,2	17,9	7,1	78,6	50	55,4	25	50	44,6	60,7	14,3	23,1	10,7	67,9	26,8	58,9	73,2	66,1	55,4
> 40 anos	%Negativo	0	0	0	42,9	14,3	14,3	71,4	85,7	14,3	0	28,6	42,9	42,9	28,6	0	28,6	42,9	100	28,6	14,3	14,3	0	28,6	0
	%Neutro	14,3	28,6	0	42,9	14,3	28,6	28,6	14,3	28,6	42,9	28,6	28,6	14,3	28,6	14,3	28,6	28,6	0	14,3	42,9	14,3	14,3	42,9	14,3
	%Positivo	85,7	71,4	100	14,3	71,4	57,1	0	0	57,1	57,1	42,9	28,6	42,9	42,9	85,7	42,9	28,6	0	57,1	42,9	71,4	85,7	28,6	85,7
p-valor	0,808	0,089	0,611	0,041*	0,972	0,563	0,433	0,750	0,425	0,514	0,514	0,700	0,726	0,592	0,393	0,162	0,769	0,292	0,621	0,413	0,789	0,640	0,116	0,244	

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa; *associação significativa entre as faixas etárias ($p < 0,05$; teste qui-quadrado).

Fonte: A autora, 2022.

Avaliando as dimensões conforme a faixa etária de cada entrevistado, pode-se observar que não houve associação significativa entre a maioria das variáveis relacionadas à dimensão referente ao nível do hospital (Tabela 11). No entanto, em relação ao Trabalho em equipe entre as unidades, a questão “As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes” apresentou associação significativa, sendo observadas maiores porcentagens positivas nos indivíduos com menos de 39 anos.

Tabela 11 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao nível do hospital e faixa etária. Rio de Janeiro, 2022

Faixa etária	Aspectos ao nível de unidades/ serviços	8. Suporte da gestão para a segurança do paciente			9. Trabalho em equipe entre as unidades				10. Passagem de plantão ou transferências internas.			
		F1	F8	F9 (R)	F4	F10	F2 (R)	F6 (R)	F3 (R)	F5 (R)	F7 (R)	F11 (R)
≤ 39 anos	%Negativo	19,6	25	42,9	33,9	8,9	14,3	42,9	41,1	50	35,7	66,1
	%Neutro	44,6	30,4	28,6	39,3	42,9	41,1	23,2	19,6	23,2	30,4	21,4
	%Positivo	35,7	44,6	28,6	26,8	48,2	44,6	33,9	39,3	26,8	33,9	12,5
> 40 anos	%Negativo	14,3	28,6	42,9	42,9	42,9	28,6	28,6	28,6	28,6	14,3	28,6
	%Neutro	28,6	28,6	42,9	28,6	42,9	28,6	57,1	42,9	28,6	42,9	57,1
	%Positivo	57,1	42,9	14,3	28,6	14,3	42,9	14,3	28,6	42,9	42,9	14,3
p-valor		0,544	0,979	0,640	0,845	0,027*	0,592	0,156	0,379	0,539	0,521	0,103

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa. *associação significativa entre as faixas etárias ($p < 0,05$; teste qui-quadrado).

Fonte: A autora, 2022.

A Tabela 12 elucida as dimensões conforme a faixa etária de cada entrevistado. Pode-se observar que não houve associação significativa entre as variáveis relacionadas à dimensão referente aos aspectos gerais de segurança do paciente.

Tabela 12 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes aos aspectos gerais de segurança do paciente e faixa etária. Rio de Janeiro, 2022

Faixa etária	Aspectos ao nível de unidades/serviços	11. Percepções gerais sobre segurança do paciente				12. Frequência de eventos notificados		
		A15	A18	A10 (R)	A17 (R)	D1	D2	D3
≤ 39 anos	%Negativo	46,4	28,6	55,4	28,6	39,3	37,5	25
	%Neutro	17,9	39,3	28,6	30,4	25	32,1	35,7
	%Positivo	35,7	32,1	16,1	41,1	35,7	30,4	39,3
> 40 anos	%Negativo	71,4	57,1	28,6	14,3	42,9	28,6	28,6
	%Neutro	14,3	28,6	28,6	28,6	28,6	28,6	28,6
	%Positivo	14,3	14,3	42,9	57,1	28,6	42,9	42,9
p-valor		0,429	0,294	0,202	0,653	0,931	0,792	0,931

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa.

Fonte: A autora, 2022.

4.2.2.3 Associação das dimensões da cultura de segurança do paciente do Serviço de Emergência com o tempo de experiência profissional

Avaliando as dimensões conforme o tempo de experiência no hospital de cada entrevistado, pode-se observar que não houve associação significativa entre as variáveis relacionadas à dimensão referente ao nível de unidade/serviço (Tabela 13).

Tabela 13 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao nível do Serviço de Emergência e o tempo de experiência no hospital. Rio de Janeiro, 2022

Tempo de experiência	Aspectos ao nível de unidades/serviços	1. Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços				2. Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores				3. Aprendizado organizacional			4. Retorno informação e comunicação a respeito de erro			5. Abertura de comunicação – melhoria contínua			6. Profissionais (quadro de pessoal)				7. Resposta não punitiva ao erro		
		A1	A3	A4	A11	B1	B2	B3 (R)	B4 (R)	A6	A9	A13	C1	C3	C5	C2	C4	C6 (R)	A2	A5 (R)	A7 (R)	A14 (R)	A8 (R)	A12 (R)	A16 (R)
6 a 11 meses	%Negativo	0	0	0	20	13,3	6,7	53,3	93,3	6,7	13,3	0	26,7	26,7	26,7	13,3	53,3	60	53,3	13,3	40	20	0	13,3	6,7
	%Neutro	13,3	13,3	0	20	13,3	20	20	0	13,3	40	40	53,3	33,3	40	20	33,3	20	26,7	6,7	33,3	40	26,7	33,3	26,7
	%Positivo	86,7	86,7	100	60	73,3	73,3	26,7	6,7	80	46,7	60	20	40	33,3	66,7	13,3	20	20	80	26,7	40	73,3	53,3	66,7
1 a 5 anos	%Negativo	0	3,8	0	30,8	23,1	11,5	61,5	69,2	7,7	15,4	15,4	34,6	34,6	19,2	15,4	57,7	19,2	76,9	19,2	26,9	26,9	7,7	7,7	34,6
	%Neutro	26,9	3,8	11,5	15,4	11,5	23,1	19,2	26,9	19,2	34,6	34,6	34,6	15,4	38,5	34,6	30,8	50	15,4	15,4	53,8	30,8	19,2	30,8	23,1
	%Positivo	73,1	92,3	88,5	53,8	65,4	65,4	19,2	3,8	73,1	50	50	30,8	50	42,3	50	11,5	30,8	7,7	65,4	19,2	12,3	73,1	61,5	42,3
6 a 10 anos	%Negativo	12,5	12,5	6,2	18,8	18,8	0	75	75	6,2	18,8	25	31,2	37,5	6,2	6,2	50	31,2	93,8	18,8	56,2	0	25	6,2	18,8
	%Neutro	6,2	6,2	12,5	12,5	12,5	25	25	18,8	6,2	25	18,8	43,8	18,8	43,8	25	37,5	50	6,2	31,2	12,5	6,2	6,2	12,5	12,5
	%Positivo	81,2	81,2	81,2	68,8	68,8	75	0	6,2	87,5	56,2	56,2	25	43,8	50	68,8	12,5	18,8	0	50	31,2	93,8	68,8	81,2	68,8
11 a 15 anos	%Negativo	25	0	0	25	0	0	75	75	0	0	0	50	0	0	0	0	50	75	0	0	0	0	25	25
	%Neutro	0	0	25	25	50	25	0	0	50	50	50	25	0	50	0	25	25	0	25	25	0	0	25	0
	%Positivo	75	100	75	50	50	75	25	25	50	50	50	25	100	50	100	75	25	25	75	75	100	100	50	75
16 a 20 anos	%Negativo	0	0	0	0	0	0	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	0	0	0	0	0	0
	%Neutro	0	100	0	100	0	0	0	0	0	100	0	100	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0	100	0
	%Positivo	100	0	100	0	100	100	0	0	100	0	100	0	100	100	100	0	0	0	100	100	100	100	0	100
21 anos ou mais	%Negativo	0	0	0	100	0	0	100	100	0	0	100	0	0	0	0	0	100	0	100	0	0	100	0	
	%Neutro	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0	0	100	100	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0	0
	%Positivo	100	100	100	0	100	100	0	0	0	100	0	0	0	100	100	100	0	0	100	0	100	100	0	100
p-valor		0,299	0,089	0,794	0,497	0,790	0,968	0,740	0,546	0,455	0,915	0,239	0,901	0,325	0,805	0,801	0,058	0,312	0,478	0,814	0,073	0,050	0,450	0,135	0,576

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa.

Fonte: A autora, 2022.

Avaliando as dimensões conforme o tempo de experiência no hospital de cada entrevistado, pode-se observar que não houve associação significativa entre a maioria das variáveis relacionadas à dimensão referente ao nível do hospital (Tabela 14). No entanto, em relação à Passagem de plantão ou transferências internas, a questão “É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno” apresentou associação significativa, sendo observada menor porcentagem positiva nos indivíduos com tempo de experiência no hospital entre seis e 11 meses, um e cinco anos e seis a dez anos.

Tabela 14 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao nível do hospital e o tempo de experiência no hospital. Rio de Janeiro, 2022

Tempo de experiência	Aspectos ao nível de unidades/serviços	8. Suporte da gestão para a segurança do paciente			9. Trabalho em equipe entre as unidades				10. Passagem de plantão ou transferências internas.			
		F1	F8	F9 (R)	F4	F10	F2 (R)	F6 (R)	F3 (R)	F5 (R)	F7 (R)	F11 (R)
6 e 11 meses	%Negativo	13,3	20	46,7	13,3	6,7	40	46,7	60	60	40	73,3
	%Neutro	40	13,3	20	40	33,3	40	33,3	20	13,3	20	20
	%Positivo	46,7	66,7	33,3	46,7	60	20	20	20	26,7	40	6,7
1 a 5 anos	%Negativo	19,2	26,9	46,2	46,2	11,5	3,8	34,6	30,8	34,6	34,6	61,5
	%Neutro	50	34,6	38,5	34,6	53,8	42,3	23,1	26,9	42,3	30,8	26,9
	%Positivo	30,8	38,5	15,4	19,2	34,6	53,8	42,3	42,3	23,1	34,6	11,5
6 a 10 anos	%Negativo	31,2	31,2	25	43,8	12,5	12,5	50	37,5	75	31,2	62,5
	%Neutro	31,2	43,8	25	43,8	43,8	37,5	25	12,5	6,2	43,8	25
	%Positivo	37,5	25	50	12,5	43,8	50	25	50	18,8	25	12,5
11 a 15 anos	%Negativo	0	0	75	0	0	25	50	25	0	25	50
	%Neutro	50	0	25	25	25	50	25	25	25	50	25
	%Positivo	50	100	0	75	75	25	25	50	75	25	25
16 a 20 anos	%Negativo	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0
	%Neutro	100	100	100	100	0	0	100	100	0	0	100
	%Positivo	0	0	0	0	0	100	0	0	100	100	0
21 anos ou mais	%Negativo	0	100	100	100	100	0	0	100	0	0	0
	%Neutro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%Positivo	100	0	0	0	0	100	100	0	100	100	100
p-valor		0,733	0,087	0,227	0,100	0,050	0,180	0,642	0,400	0,020*	0,769	0,331

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa. *associação significativa entre os tempos de experiência no hospital ($p < 0,05$; teste qui-quadrado).

Fonte: A autora, 2022.

A Tabela 15 elucida as dimensões conforme o tempo de experiência no hospital de cada entrevistado, pode-se observar que não houve associação significativa entre a maioria das variáveis relacionadas à dimensão aspectos gerais de segurança do paciente. No entanto, em relação à Frequência de eventos notificados a questão “Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?” apresentou associação significativa, sendo observado maiores porcentagem positivas nos indivíduos com tempo de experiência no hospital entre seis e 11 meses e de 16 a 20 anos.

Tabela 15 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes aos aspectos gerais de segurança do paciente e tempo de experiência no hospital. Rio de Janeiro, 2022

Tempo de experiência	Aspectos ao nível de unidades/ serviços	11. Percepções gerais sobre segurança do paciente				12. Frequência de eventos notificados		
		A15	A18	A10 (R)	A17 (R)	D1	D2	D3
6 a 11 meses	%Negativo	46,7	26,7	60	40	26,7	26,7	26,7
	%Neutro	6,7	33,3	26,7	20	6,7	26,7	26,7
	%Positivo	46,7	40	13,3	40	66,7	46,7	46,7
1 a 5 anos	%Negativo	50	38,5	53,8	15,4	57,7	42,3	26,9
	%Neutro	23,1	42,3	26,9	50	19,2	30,8	34,6
	%Positivo	26,9	19,2	19,2	34,6	23,1	26,9	38,5
6 a 10 anos	%Negativo	31,2	18,8	37,5	37,5	18,8	37,5	18,8
	%Neutro	25	31,2	37,5	12,5	50	31,2	37,5
	%Positivo	43,8	50	25	50	31,2	31,2	43,8
11 a 15 anos	%Negativo	100	50	75	25	75	50	50
	%Neutro	0	50	25	25	25	50	50
	%Positivo	0	0	0	50	0	0	0
16 a 20 anos	%Negativo	100	0	100	0	0	0	0
	%Neutro	0	100	0	0	0	0	0
	%Positivo	0	0	0	100	100	100	100
21 anos ou mais	%Negativo	100	100	0	0	0	0	0
	%Neutro	0	0	0	0	100	100	100
	%Positivo	0	0	100	100	0	0	0
p-valor		0,366	0,365	0,607	0,296	0,008*	0,609	0,718

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa; *associação significativa entre os tempos de experiência no hospital ($p < 0,05$; teste qui-quadrado).

Fonte: A autora, 2022.

4.2.2.4 Associação das dimensões da cultura de segurança do paciente do Serviço de Emergência com o tempo de experiência na atual área/unidade

Avaliando as dimensões conforme o tempo de experiência na atual área/unidade do hospital de cada entrevistado, pode-se observar que não houve associação significativa entre a maioria das variáveis relacionadas à dimensão referente ao nível de unidade/serviço (Tabela 16). No entanto, em relação à Abertura de comunicação – melhoria contínua, a questão “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores” apresentou associação significativa, sendo observada menor porcentagem positiva nos indivíduos com tempo de experiência na atual área/unidade do hospital entre seis e 11 meses, um e cinco anos e seis e 10 anos.

Tabela 16 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao Serviço de Emergência e o tempo de experiência na atual área/unidade do hospital. Rio de Janeiro, 2022

Tempo de experiência	Aspectos ao nível de unidades/serviços	1. Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços				2. Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores				3. Aprendizado organizacional			4. Retorno informação e comunicação a respeito de erro			5. Abertura de comunicação – melhoria contínua			6. Profissionais (quadro de pessoal)				7. Resposta não punitiva ao erro		
		A1	A3	A4	A11	B1	B2	B3 (R)	B4 (R)	A6	A9	A13	C1	C3	C5	C2	C4	C6 (R)	A2	A5 (R)	A7 (R)	A14 (R)	A8 (R)	A12 (R)	A16 (R)
6 a 11 meses	%Negativo	0	0	0	19	9,5	4,8	71,4	85,7	4,8	9,5	9,5	23,8	33,3	23,8	4,8	61,9	38,1	61,9	14,3	28,6	19	0	9,5	19
	%Neutro	19	9,5	0	14,3	0	4,8	19	4,8	14,3	47,6	23,8	47,6	23,8	42,9	33,3	23,8	38,1	19	9,5	47,6	33,3	19	33,3	33,3
	%Positivo	81	90,5	100	66,7	90,5	90,5	9,5	9,5	81	42,9	66,7	28,6	42,9	33,3	61,9	14,3	23,8	19	76,2	23,8	47,6	81	57,1	47,6
2 a 5 anos	%Negativo	7,7	7,7	0	26,9	23,1	11,5	50	65,4	11,5	23,1	23,1	42,3	30,8	19,2	19,2	50	34,6	76,9	23,1	38,5	19,2	15,4	11,5	26,9
	%Neutro	15,4	3,8	3	15,4	23,1	34,6	19,2	26,9	19,2	26,9	38,5	34,6	15,4	34,6	26,9	38,5	42,3	19,2	15,4	34,6	26,9	15,4	19,2	11,5
	%Positivo	76,9	88,5	23	57,7	53,8	53,8	30,8	7,7	69,2	50	38,5	23,1	53,8	46,2	53,8	11,5	23,1	3,8	61,5	26,9	53,8	69,2	69,2	61,5
6 a 10 anos	%Negativo	8,3	8,3	8,3	25	25	0	75	83,3	0	8,3	0	16,7	33,3	0	8,3	41,7	25	100	8,3	50	8,3	16,7	0	16,7
	%Neutro	16,7	16,7	25	25	16,7	25	25	16,7	8,3	33,3	33,3	58,3	25	41,7	16,7	50	50	0	33,3	16,7	8,3	16,7	33,3	16,7
	%Positivo	75	75	66,7	50	58,3	75	0	0	91,7	58,3	66,7	25	41,7	58,3	75	8,3	25	0	58,3	33,3	83,3	66,7	66,7	66,7
11 a 15 anos	%Negativo	0	0	0	50	0	0	100	100	0	0	25	50	0	0	0	50	75	0	25	0	0	50	25	
	%Neutro	0	0	0	25	25	25	0	0	50	25	25	25	25	50	0	0	25	0	25	25	0	0	25	0
	%Positivo	100	100	100	25	75	75	0	0	50	75	50	25	75	50	100	100	25	25	0	50	100	100	25	75
p-valor		0,805	0,626	0,096	0,786	0,142	0,165	0,140	0,351	0,387	0,539	0,341	0,644	0,823	0,538	0,398	0,001*	0,976	0,145	0,520	0,637	0,295	0,494	0,166	0,526

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa; *associação significativa entre os tempos de experiência na atual área/unidade do hospital ($p < 0,05$; teste qui-quadrado).

Fonte: A autora, 2022.

Avaliando as dimensões conforme o tempo de experiência na atual área/unidade do hospital de cada entrevistado, pode-se observar que não houve associação significativa entre a maioria das variáveis relacionadas à dimensão referente ao nível do hospital (Tabela 17). No entanto, em relação ao Suporte da gestão para a segurança do paciente a questão “A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso” apresentou associação significativa, sendo observada menor porcentagem positiva nos indivíduos com tempo de experiência na atual área/unidade do hospital entre seis e 11 meses, um e cinco anos e 11 a 15 anos. Além disso, a dimensão Trabalho em equipe entre as unidades no que se refere à questão “Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto”, apresentou associação significativa, sendo observada menor porcentagem positiva nos indivíduos com tempo de experiência na atual área/unidade do hospital entre um e cinco anos e seis a 10 anos. Sobre a Passagem de plantão ou transferências internas, a questão “É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno” também apresentou associação significativa, sendo observada menor porcentagem positiva nos indivíduos com tempo de experiência na atual área/unidade do hospital entre seis e 11 meses, um e cinco anos.

Tabela 17 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao nível do hospital e o tempo de experiência na atual área/unidade do hospital. Rio de Janeiro, 2022

Tempo de experiência	Aspectos ao nível de unidades/serviços	8. Suporte da gestão para a segurança do paciente			9. Trabalho em equipe entre as unidades				10. Passagem de plantão ou transferências internas.			
		F1	F8	F9 (R)	F4	F10	F2 (R)	F6 (R)	F3 (R)	F5 (R)	F7 (R)	F11 (R)
6 a 11 meses	%Negativo	19	19	47,6	28,6	9,5	28,6	42,9	57,1	52,4	33,3	71,4
	%Neutro	38,1	19	19	28,6	38,1	33,3	33,3	19	14,3	33,3	19
	%Positivo	42,9	61,9	33,3	42,9	52,4	38,1	23,8	23,8	33,3	33,3	9,5
1 a 5 anos	%Negativo	19,2	26,9	42,3	46,2	11,5	7,7	38,5	26,9	50	38,5	65,4
	%Neutro	53,8	34,6	42,3	42,3	46,2	38,5	19,2	30,8	38,5	26,9	23,1
	%Positivo	26,9	38,5	15,4	11,5	42,3	53,8	42,3	42,3	11,5	34,6	11,5
6 a 10 anos	%Negativo	25	33,3	16,7	25	16,7	8,3	41,7	33,3	50	25	41,7
	%Neutro	33,3	50	33,3	58,3	50	50	33,3	8,3	8,3	41,7	41,7
	%Positivo	41,7	16,7	50	16,7	33,3	41,7	25	58,3	41,7	33,3	16,7
11 a 15 anos	%Negativo	0	25	100	25	25	25	50	50	0	25	50
	%Neutro	25	0	0	0	25	50	25	25	25	25	25
	%Positivo	75	75	0	75	50	25	25	50	75	50	50
p-valor		0,566	0,172	0,036*	0,040*	0,908	0,471	0,837	0,266	0,044*	0,962	0,717

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa. *associação significativa entre os tempos de experiência na atual área/unidade do hospital ($p < 0,05$; teste qui-quadrado).

Fonte: A autora, 2022.

A Tabela 18 elucida as dimensões conforme o tempo de experiência na atual área/unidade do hospital de cada entrevistado. Pode-se observar que não houve associação significativa entre a maioria das variáveis relacionadas à dimensão aos aspectos gerais de segurança do paciente. No entanto, em relação à Frequência de eventos notificados a questão “Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?” apresentou associação significativa, sendo observadas maiores porcentagens positivas nos indivíduos com tempo de experiência no hospital entre seis e 11 meses e de seis a dez anos.

Tabela 18 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes aos aspectos gerais de segurança do paciente e o tempo de experiência na atual área/unidade do hospital. Rio de Janeiro, 2022

Tempo de experiência	Aspectos ao nível de unidades/serviços	11. Percepções gerais sobre segurança do paciente				12. Frequência de eventos notificados		
		A15	A18	A10 (R)	A17 (R)	D1	D2	D3
6 a 11 meses	%Negativo	42,9	23,8	57,1	38,1	23,8	23,8	19
	%Neutro	9,5	38,1	28,6	14,3	19	33,3	38,1
	%Positivo	47,6	38,1	14,3	47,6	57,1	42,9	42,9
1 a 5 anos	%Negativo	53,8	46,2	53,8	15,4	61,5	50	38,5
	%Neutro	26,9	34,6	23,1	50	19,2	30,8	26,9
	%Positivo	19,2	19,2	23,1	34,6	19,2	19,2	34,6
6 a 10 anos	%Negativo	33,3	8,3	41,7	33,3	16,7	25	8,3
	%Neutro	16,7	41,7	41,7	16,7	41,7	25	33,3
	%Positivo	50	50	16,7	50	41,7	50	58,3
11 a 15 anos	%Negativo	100	50	50	25	50	50	25
	%Neutro	0	50	25	25	50	50	75
	%Positivo	0	0	25	50	0	0	0
p-valor		0,090	0,167	0,923	0,170	0,017*	0,231	0,191

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa; *associação significativa entre os tempos de experiência na atual área/unidade do hospital ($p < 0,05$; teste qui-quadrado).

Fonte: A autora, 2022.

4.2.2.5 Associação das dimensões da cultura de segurança do paciente do Serviço de Emergência com o posto ou graduação

Avaliando as dimensões conforme o posto ou graduação de cada entrevistado, pode-se observar que não houve associação significativa entre a maioria das variáveis relacionadas à dimensão referente ao nível de unidade/serviço (Tabela 19). No entanto, em relação ao Retorno informação e comunicação a respeito de erro, a questão “Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente” apresentou associação significativa, sendo observada menor porcentagem positiva nos indivíduos com posto ou graduação de 1º e 2º tenente e nos civis. Além disso, sobre a dimensão Profissionais (quadro de pessoal), a questão “Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente” apresentou

associação significativa, sendo observada menor porcentagem positiva nos indivíduos civis.

Tabela 19 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao Serviço de Emergência e o posto ou graduação. Rio de Janeiro, 2022

Posto ou graduação	Aspectos ao nível de unidades/serviços	1. Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços				2. Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores				3. Aprendizado organizacional			4. Retorno informação e comunicação a respeito de erro			5. Abertura de comunicação – melhoria contínua			6. Profissionais (quadro de pessoal)				7. Resposta não punitiva ao erro		
		A1	A3	A4	A11	B1	B2	B3 (R)	B4 (R)	A6	A9	A13	C1	C3	C5	C2	C4	C6 (R)	A2	A5 (R)	A7 (R)	A14 (R)	A8 (R)	A12 (R)	A16 (R)
1º tenente	%Negativo	8,3	0	25	33,3	8,3	50	66,7	16,7	25	25	25	41,7	50	25	8,3	75	16,7	75	33,3	16,7	25	25	16,7	25
	%Neutro	8,3	8,3	33,3	25	41,7	25	25	25	41,7	41,7	33,3	25	25	58,3	58,3	16,7	50	25	0	33,3	16,7	8,3	8,3	8,3
	%Positivo	83,3	91,7	41,7	41,7	50	25	8,3	58,3	33,3	33,3	41,7	33,3	25	16,7	33,3	8,3	33,3	0	66,7	50	58,3	66,7	75	66,7
2º tenente	%Negativo	0	0	0	0	0	50	100	50	50	50	0	0	50	100	50	100	50	50	100	0	0	0	0	
	%Neutro	0	0	50	50	50	0	0	50	50	50	100	100	50	0	0	0	50	0	0	0	50	50	0	0
	%Positivo	100	100	50	50	50	50	0	0	0	0	0	0	0	0	50	0	0	50	50	0	50	50	100	100
Cabo	%Negativo	5,9	0	35,3	23,5	11,8	35,3	76,5	5,9	11,8	11,8	5,9	35,3	29,4	17,6	17,6	29,4	47,1	70,6	5,9	41,2	23,5	0	11,8	23,5
	%Neutro	11,8	17,6	11,8	5,9	17,6	41,2	17,5	11,8	29,4	29,4	41,2	47,1	11,8	23,5	17,6	52,9	29,4	29,4	29,4	35,3	35,3	23,5	29,4	23,5
	%Positivo	82,4	82,4	52,9	70,6	70,6	23,5	5,9	82,4	58,8	58,8	52,9	17,6	58,8	58,8	64,7	17,6	23,5	0	64,7	23,5	41,2	76,5	58,8	52,9
Capitão de Fragata	%Negativo	0	0	50	0	0	100	100	0	0	0	50	50	0	0	0	0	50	100	0	50	0	0	50	0
	%Neutro	0	0	50	0	0	0	0	50	0	0	50	50	50	50	0	0	50	0	50	50	0	0	50	0
	%Positivo	100	100	0	100	100	0	0	50	100	100	0	0	50	50	100	100	0	0	50	0	100	100	0	100
Civil	%Negativo	0	0	0	50	50	100	50	0	0	0	50	50	50	0	50	50	0	100	100	50	0	0	0	0
	%Neutro	50	0	0	0	50	0	50	50	50	50	0	0	50	100	0	50	50	0	0	50	50	0	100	0
	%Positivo	50	100	100	50	0	0	0	50	50	50	50	50	0	0	50	0	50	0	0	0	50	100	0	100
Capitão Tenente	%Negativo	0	0	33,3	0	0	66,7	66,7	0	0	0	0	33,3	0	0	33,3	33,3	33,3	100	0	33,3	0	0	33,3	0
	%Neutro	0	33,3	0	33,3	0	0	0	33,3	66,7	66,7	66,7	66,7	33,3	0	0	33,3	33,3	0	0	0	0	0	0	0
	%Positivo	100	66,7	66,7	66,7	100	33,3	33,3	66,7	33,3	33,3	33,3	0	66,7	100	66,7	33,3	33,3	0	100	66,7	100	100	66,7	100
Sargento	%Negativo	4,2	4,2	20,8	8,3	0	87,5	83,3	0	12,5	12,5	12,5	25	25	8,3	0	54,2	33,3	75	8,3	37,5	12,5	12,5	4,2	29,2
	%Neutro	0	4,2	8,3	12,5	16,7	8,3	12,5	8,3	29,2	29,2	16,7	41,7	16,7	45,8	25	29,2	45,8	4,2	20,8	41,7	20,8	16,7	29,2	29,2
	%Positivo	95,8	91,7	70,8	79,2	83,3	4,2	4,2	91,7	58,3	58,3	70,8	33,3	58,3	45,8	75	16,7	20,8	20,8	70,8	20,8	66,7	70,8	66,7	41,7
Capitão Tenente	%Negativo	0	0	0	0	0	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	0	0	0	0	0	0
	%Neutro	100	0	100	0	16,7	0	0	0	100	100	0	100	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0	100	0
	%Positivo	0	100	0	100	83,3	0	0	100	0	0	100	0	100	100	100	0	0	0	100	100	100	100	0	100
p-valor		0,119	0,956	0,265	0,505	0,224	0,140	0,858	0,147	0,650	0,650	0,200	0,725	0,539	0,027*	0,088	0,092	0,891	0,213	0,045*	0,415	0,782	0,715	0,153	0,669

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa; *associação significativa entre o posto ou graduação (p<0,05; teste qui-quadrado).

Fonte: A autora, 2022.

Avaliando as dimensões conforme o posto ou graduação de cada entrevistado, pode-se observar que não houve associação significativa entre a maioria das variáveis relacionadas à dimensão referente ao nível do hospital (Tabela 20). No entanto, em relação à Passagem de plantão ou transferências internas no que se refere a questão “É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno”, apresentou associação significativa, sendo observado menor porcentagem positiva nos indivíduos com posto ou graduação de 1º e 2º tenente, cabos e nos civis.

Tabela 20 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao nível do hospital e o posto ou graduação. Rio de Janeiro, 2022

Posto ou graduação	Aspectos ao nível de unidades/serviços	8. Suporte da gestão para a segurança do paciente			9. Trabalho em equipe entre as unidades				10. Passagem de plantão ou transferências internas.			
		F1	F8	F9 (R)	F4	F10	F2 (R)	F6 (R)	F3 (R)	F5 (R)	F7 (R)	F11 (R)
1º tenente	%Negativo	33,3	41,7	41,7	75	25	16,7	16,7	25	33,3	33,3	58,3
	%Neutro	50	33,3	33,3	25	50	16,7	33,3	25	50	16,74	25
	%Positivo	16,7	25	25	0	25	66,7	50	50	16,7	50	16,7
2º tenente	%Negativo	0	0	0	0	0	50	50	50	0	0	50
	%Neutro	50	50	50	50	100	50	50	50	100	50	50
	%Positivo	50	50	50	50	0	0	0	0	0	50	0
Cabo	%Negativo	17,6	35,3	58,8	11,8	5,9	11,8	52,9	35,3	58,8	47,1	82,4
	%Neutro	52,9	17,6	17,6	58,8	29,4	64,7	11,8	17,6	11,8	23,5	17,6
	%Positivo	29,4	47,1	23,5	29,4	64,7	23,5	35,3	47,1	29,4	29,4	0
Capitão de Fragata	%Negativo	0	50	100	50	50	0	0	50	0	0	0
	%Neutro	0	0	0	0	50	50	50	50	50	50	50
	%Positivo	100	50	0	50	0	50	50	0	50	50	50
Civil	%Negativo	0	0	50	50	0	50	100	50	100	0	100
	%Neutro	50	0	0	50	50	0	0	0	0	50	0
	%Positivo	50	100	50	0	50	50	0	50	0	50	0
Capitão Tenente	%Negativo	33,3	33,3	33,3	33,3	0	33,3	33,3	0	0	0	33,3
	%Neutro	33,3	0	33,3	33,3	33,3	0	0	0	0	33,3	0
	%Positivo	33,3	66,7	33,3	33,3	66,7	66,7	66,7	100	100	66,7	66,7
Sargento	%Negativo	16,7	12,5	33,3	33,3	8,3	12,5	45,8	54,2	58,3	37,5	58,3
	%Neutro	33,3	41,7	37,5	29,2	45,8	41,7	33,3	20,8	16,7	41,7	29,2
	%Positivo	50	45,8	29,2	37,5	45,8	45,8	20,8	25	25	20,8	12,5
Capitão Tenente	%Negativo	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0
	%Neutro	100	100	100	100	0	100	100	100	0	0	100
	%Positivo	0	0	0	0	0	100	0	0	100	100	0
p-valor		0,682	0,412	0,714	0,122	0,142	0,307	0,271	0,309	0,016*	0,599	0,103

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa. *associação significativa entre o posto ou graduação ($p < 0,05$; teste qui-quadrado).

Fonte: A autora, 2022.

A Tabela 21 elucida as dimensões conforme o posto ou graduação de cada entrevistado; pode-se observar que não houve associação significativa entre a maioria das variáveis relacionadas à dimensão aos aspectos gerais de segurança do paciente. No

entanto, em relação à Frequência de eventos notificados a questão “Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?” apresentou associação significativa, sendo observada maiores porcentagens positivas nos indivíduos com tempo de experiência no hospital entre 6 meses e 1 ano e de 16 a 20 anos.

Tabela 21 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes aos aspectos gerais de segurança do paciente e o posto ou graduação. Rio de Janeiro, 2022

Posto ou graduação	Aspectos ao nível de unidades/serviços	11. Percepções gerais sobre segurança do paciente				12. Frequência de eventos notificados		
		A15	A18	A10 (R)	A17 (R)	D1	D2	D3
1° tenente	%Negativo	75	50	41,7	8,3	58,3	33,3	16,7
	%Neutro	16,7	41,7	25	33,3	33,3	41,7	41,7
	%Positivo	8,3	8,3	33,3	58,3	8,3	25	41,7
2° tenente	%Negativo	100	0	50	0	100	100	50
	%Neutro	0	50	0	50	0	0	50
	%Positivo	0	50	50	50	0	0	0
Cabo	%Negativo	41,2	35,3	52,9	29,4	35,3	41,2	29,4
	%Neutro	17,6	17,6	35,3	35,3	5,9	17,6	35,3
	%Positivo	41,2	47,1	11,8	35,3	58,8	41,2	35,3
Capitão de Fragata	%Negativo	100	50	0	0	0	0	0
	%Neutro	0	50	50	50	100	100	100
	%Positivo	0	0	50	50	0	0	0
Civil	%Negativo	0	0	0	50	50	50	50
	%Neutro	50	50	50	0	0	0	0
	%Positivo	50	50	50	50	50	50	50
Capitão Tenente	%Negativo	100	66,7	66,7	0	66,7	33,3	66,7
	%Neutro	0	0	33,3	0	33,3	66,7	33,3
	%Positivo	0	33,3	0	100	0	0	0
Sargento	%Negativo	29,2	20,8	62,5	41,7	29,2	33,3	20,8
	%Neutro	20,8	50	25	29,2	33,3	33,3	29,2
	%Positivo	50	29,2	12,5	29,2	37,5	33,3	50
Capitão Tenente	%Negativo	100	0	100	0	0	0	0
	%Neutro	0	100	0	0	0	0	0
	%Positivo	0	0	0	100	100	100	100
p-valor		0,159	0,358	0,653	0,476	0,051	0,357	0,537

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa.

Fonte: A autora, 2022.

4.2.2.6 Associação das dimensões da cultura de segurança do paciente do Serviço de Emergência com corpo/quadro

Avaliando as dimensões conforme o corpo ou quadro de cada entrevistado, pode-se observar que não houve associação significativa entre a maioria das variáveis relacionadas à dimensão referente ao nível de unidade/serviço (Tabela 22). No entanto, em relação a Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores, sobre a

questão “O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente”; ao Aprendizado organizacional, sobre a questão “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”; aos Profissionais (quadro de pessoal), sobre a questão “Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente” e à Resposta não punitiva ao erro, sobre a questão “Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema”, foi observada associação significativa, sendo observada menor porcentagem positiva no caso dos civis.

Tabela 22 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao Serviço de Emergência e o corpo/quadro. Rio de Janeiro, 2022

Patente	Aspectos ao nível de unidades/serviços	1. Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços				2. Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores				3. Aprendizado organizacional			4. Retorno informação e comunicação a respeito de erro			5. Abertura de comunicação – melhoria contínua			6. Profissionais (quadro de pessoal)				7. Resposta não punitiva ao erro			
		A1	A3	A4	A11	B1	B2	B3 (R)	B4 (R)	A6	A9	A13	C1	C3	C5	C2	C4	C6 (R)	A2	A5 (R)	A7 (R)	A14 (R)	A8 (R)	A12 (R)	A16 (R)	
Civil	%Negativo	0	0	0	50	50	100	50	0	0	0	50	50	50	0	50	50	0	100	100	50	0	0	0	0	
	%Neutro	50	0	0	0	50	0	50	50	50	50	0	0	50	100	0	50	50	0	0	50	50	0	100	0	
	%Positivo	50	100	100	50	0	0	0	50	50	50	50	0	0	50	0	50	0	0	0	0	50	100	0	100	
Quadro de Oficiais	%Negativo	10,5	5,3	0	26,3	21,1	5,3	57,9	73,7	15,8	21,1	21,1	36,8	36,8	26,3	15,8	63,2	26,3	78,9	26,3	31,6	15,8	15,8	21,1	15,8	
	%Neutro	21,1	5,3	10,5	31,6	26,3	31,6	15,8	15,8	31,6	42,1	47,4	42,1	31,6	42,1	36,8	15,8	47,4	15,8	5,3	26,3	15,8	10,5	10,5	5,3	
	%Positivo	68,4	89,5	89,5	42,1	52,6	63,2	26,3	10,5	52,6	36,8	31,6	21,1	31,6	31,6	47,4	21,1	26,3	5,3	68,4	42,1	68,4	79,7	68,4	78,9	
Quadro de Praças	%Negativo	2,4	4,8	2,4	26,2	14,3	4,8	66,7	81	2,4	11,8	9,5	28,6	26,2	11,9	7,1	42,9	40,5	73,8	7,1	38,1	16,7	7,1	7,1	26,2	
	%Neutro	11,9	7,1	9,5	11,9	9,5	16,7	21,4	14,3	9,5	31	26,2	45,2	14,3	35,7	21,4	40,5	38,1	14,3	23,8	38,1	26,2	19	31	26,2	
	%Positivo	85,7	88,1	88,1	61,8	76,2	78,6	11,9	4,8	88,1	57,1	64,3	26,2	59,5	52,4	71,4	16,7	21,4	11,9	69	23,8	57,1	73,8	61,9	47,6	
p-valor		0,304	0,277	0,946	0,254	0,228	0,038*	0,526	0,619	0,026*	0,605	0,086	0,728	0,158	0,181	0,153	0,384	0,643	0,858	0,002*	0,552	0,766	0,676	0,041*	0,122	

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa; *associação significativa entre a patente ($p < 0,05$; teste qui-quadrado).

Fonte: A autora, 2022.

Avaliando as dimensões conforme a patente de cada entrevistado, pode-se observar que não houve associação significativa entre a maioria das variáveis relacionadas à dimensão referente ao nível do hospital (Tabela 23). No entanto, em relação à Passagem de plantão ou transferências internas, no que se refere a questão “É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno” houve associação significativa, sendo observada menor porcentagem positiva nos civis e praças.

Tabela 23 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes

ao nível do hospital e o corpo/quadro. Rio de Janeiro, 2022

Patente	Aspectos ao nível de unidades/serviços	8. Suporte da gestão para a segurança do paciente			9. Trabalho em equipe entre as unidades				10. Passagem de plantão ou transferências internas.			
		F1	F8	F9 (R)	F4	F10	F2 (R)	F6 (R)	F3 (R)	F5 (R)	F7 (R)	F11 (R)
Civil	%Negativo	0	0	50	50	0	50	100	50	100	0	100
	%Neutro	50	0	0	50	50	0	0	0	0	50	0
	%Positivo	50	100	50	0	50	50	0	50	0	50	0
Quadro de Oficiais	%Negativo	26,3	36,8	42,1	57,9	21,1	21,1	21,1	26,3	21,1	21,1	47,4
	%Neutro	42,1	26,3	31,6	26,3	52,6	21,1	31,6	26,3	47,4	26,3	26,3
	%Positivo	31,6	36,8	26,3	15,8	26,3	57,9	47,4	47,4	31,6	52,6	26,3
Quadro de Praças	%Negativo	16,7	21,4	42,9	23,8	9,5	11,9	47,6	45,2	57,1	40,5	66,7
	%Neutro	42,9	33,3	31	42,9	38,1	50	26,2	21,4	14,3	33,3	26,2
	%Positivo	40,5	45,2	26,2	33,3	52,4	38,1	26,2	33,3	28,6	26,2	7,1
p-valor		0,843	0,376	0,901	0,109	0,365	0,138	0,127	0,629	0,018*	0,254	0,211

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa; *associação significativa entre as patentes ($p < 0,05$; teste qui-quadrado).

Fonte: A autora, 2022.

A Tabela 24 elucida as dimensões conforme a patente de cada entrevistado; pode-se observar que não houve associação significativa entre a maioria das variáveis relacionadas à dimensão aos aspectos gerais de segurança do paciente. No entanto, em relação a Percepções gerais sobre segurança do paciente, a questão “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída” apresentou associação significativa, sendo observada menor porcentagem positiva nos oficiais. O mesmo achado foi observado na Frequência de eventos notificados, sobre a questão “Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?”.

Tabela 24 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes aos aspectos gerais de segurança do paciente e o corpo ou quadro. Rio de Janeiro, 2022

Patente	Aspectos ao nível de unidades/ serviços	11. Percepções gerais sobre segurança do paciente				12. Frequência de eventos notificados		
		A15	A18	A10 (R)	A17 (R)	D1	D2	D3
Civil	%Negativo	0	0	0	50	50	50	50
	%Neutro	50	50	50	0	0	0	0
	%Positivo	50	50	50	50	50	50	50
Quadro de Oficiais	%Negativo	84,2	47,4	42,1	5,3	57,9	36,8	26,3
	%Neutro	10,5	36,8	26,3	31,6	36,8	47,4	47,4
	%Positivo	5,3	15,8	31,6	63,2	5,3	15,8	26,3
Quadro de Praças	%Negativo	35,7	26,2	59,5	37,5	31	35,7	23,8
	%Neutro	19	38,1	28,6	31	21,4	26,2	31
	%Positivo	45,2	35,7	11,9	33,3	47,6	38,1	45,2
p-valor		0,004*	0,333	0,207	0,082	0,026*	0,300	0,479

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa; *associação significativa entre as patentes (p<0,05; teste qui-quadrado).

Fonte: A autora, 2022.

4.2.2.7 Associação das dimensões da cultura de segurança do paciente do Serviço de Emergência com a escolaridade

Avaliando as dimensões conforme a escolaridade de cada entrevistado, pode-se observar que não houve associação significativa entre a maioria das variáveis relacionadas à dimensão referente ao nível de unidade/serviço (Tabela 25). No entanto, em relação a Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores, sobre a questão “O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente”, foi observada associação significativa, com menores porcentagens positivas nos indivíduos com pós-graduação (nível mestrado ou doutorado). Nessa mesma dimensão, mas na questão “O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente”, houve associação significativa, sendo que os indivíduos com ensino superior incompleto apresentaram menor porcentagem positiva. Ainda nessa dimensão, foi vista associação significativa na questão “O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente”, sendo que os entrevistados com pós-graduação (nível mestrado ou doutorado) apresentaram menor porcentagem negativa. Na dimensão Abertura de comunicação – melhoria contínua, houve associação significativa na

questão “Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente”, sendo que os indivíduos com pós-graduação (especialização) apresentaram menor porcentagem positiva. E no quesito Resposta não punitiva ao erro, a questão “Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais” apresentou associação significativa, sendo que os entrevistados com pós-graduação (especialização) apresentaram maior porcentagem positiva.

Tabela 25 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao Serviço de Emergência e a escolaridade. Rio de Janeiro, 2022

Escolaridade	Aspectos ao nível de unidades/serviços	1. Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços				2. Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores				3. Aprendizado organizacional			4. Retorno informação e comunicação a respeito de erro			5. Abertura de comunicação – melhoria contínua			6. Profissionais (quadro de pessoal)				7. Resposta não punitiva ao erro		
		A1	A3	A4	A11	B1	B2	B3 (R)	B4 (R)	A6	A9	A13	C1	C3	C5	C2	C4	C6 (R)	A2	A5 (R)	A7 (R)	A14 (R)	A8 (R)	A12 (R)	A16 (R)
Ensino médio completo	%Negativo	4,8	4,8	4,8	23,8	9,5	0	57,1	95,2	0	9,5	0	23,8	23,8	9,5	0	28,6	47,6	81	9,5	38,1	9,5	9,5	9,5	28,6
	%Neutro	14,3	9,5	19	14,3	9,5	4,8	38,1	4,8	14,3	33,3	28,6	47,6	9,5	42,9	19	57,1	33,3	14,3	38,1	38,1	28,6	23,8	38,1	28,6
	%Positivo	81	85,7	76,2	61,9	81	95,2	4,8	0	85,7	57,1	71,4	28,6	66,7	47,6	81	14,3	19	4,8	52,4	23,8	61,9	66,7	52,4	42,9
Ensino superior incompleto	%Negativo	0	0	0	33,3	22,2	0	77,8	55,6	11,1	33,3	22,2	33,3	44,4	11,1	11,1	33,3	44,4	66,7	11,1	44,4	0	0	0	22,2
	%Neutro	22,2	11,1	0	22,2	11,1	55,6	0	44,4	0	22,2	33,3	55,6	11,1	44,4	11,1	44,4	33,3	22,2	11,1	44,4	44,4	11,1	22,2	33,3
	%Positivo	77,8	88,9	100	44,4	66,7	44,4	22,2	0	88,9	44,4	44,4	11,1	44,4	44,4	77,8	22,2	22,2	11,1	77,8	11,1	55,6	88,9	77,8	44,4
Ensino superior completo	%Negativo	0	0	0	14,3	0	0	100	85,7	0	0	14,3	14,3	14,3	0	71,4	28,6	71,4	0	14,3	42,9	14,3	0	42,9	
	%Neutro	0	0	0	0	14,3	14,3	0	14,3	14,3	57,1	14,3	28,6	28,6	28,6	28,6	0	57,1	0	14,3	28,6	0	14,3	42,9	28,6
	%Positivo	100	100	100	85,7	85,7	85,7	0	0	85,7	42,9	71,4	57,1	57,1	57,1	71,4	28,6	14,3	28,6	85,7	57,1	57,1	71,4	57,1	28,6
Pós-graduação (Nível Especialização)	%Negativo	4,3	8,7	0	30,4	30,4	17,4	60,9	73,9	8,7	17,4	26,1	47,8	30,4	21,7	26,1	65,2	26,1	78,3	30,4	39,1	13	13	21,7	8,7
	%Neutro	17,4	8,7	4,3	21,7	8,7	26,1	13	13	26,1	30,4	34,8	34,8	34,8	39,1	39,1	17,4	43,5	13	4,3	30,4	21,7	8,7	17,4	0
	%Positivo	78,3	82,6	95,7	47,8	60,9	56,5	26,1	13	65,2	52,2	39,1	17,4	34,8	39,1	34,8	17,4	30,4	8,7	65,2	30,4	65,2	78,3	60,9	91,3
Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)	%Negativo	33,3	0	0	0	0	0	33,3	33,3	33,3	0	0	0	66,7	33,3	0	66,7	0	66,7	0	33,3	66,7	0	0	33,3
	%Neutro	33,3	0	33,3	33,3	100	33,3	33,3	33,3	33,3	66,7	66,7	66,7	0	33,3	0	33,3	66,7	33,3	0	33,3	0	33,3	0	33,3
	%Positivo	33,3	100	66,7	66,7	0	66,7	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	100	0	33,3	0	100	33,3	33,3	66,7	100	33,3
p-valor	0,335	0,941	0,356	0,709	0,002*	0,019*	0,057	0,034*	0,232	0,522	0,205	0,287	0,260	0,955	0,034*	0,092	0,731	0,657	0,056	0,773	0,061	0,819	0,327	0,025*	

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa; *associação significativa entre a escolaridade ($p < 0,05$; teste qui-quadrado).

Fonte: A autora, 2022.

Avaliando as dimensões conforme escolaridade de cada entrevistado, pode-se observar que não houve associação significativa entre a maioria das variáveis relacionadas à dimensão referente ao nível do hospital (Tabela 26). No entanto, em relação ao Suporte da gestão para a segurança do paciente na questão, “As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal”, houve associação significativa, sendo que os entrevistados com ensino superior incompleto e pós-graduação (nível Especialização) apresentaram menor porcentagem positiva. Além disso, Passagem de plantão ou transferências internas, no que se refere a questão “É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno”, apresentou associação significativa, sendo observada maior porcentagem positiva nos indivíduos com pós-graduação (nível especialização).

Tabela 26 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes

ao nível do hospital e a escolaridade. Rio de Janeiro, 2022

Escolaridade	Aspectos ao nível de unidades/ serviços	8. Suporte da gestão para a segurança do paciente			9. Trabalho em equipe entre as unidades				10. Passagem de plantão ou transferências internas.			
		F1	F8	F9 (R)	F4	F10	F2 (R)	F6 (R)	F3 (R)	F5 (R)	F7 (R)	F11 (R)
Ensino médio completo	%Negativo	19	14,3	38,1	23,8	4,8	14,3	61,9	57,1	52,4	47,6	66,7
	%Neutro	47,6	33,3	338,1	47,6	33,3	52,4	19	14,3	23,8	28,6	23,8
	%Positivo	33,3	52,4	23,8	28,6	61,9	33,3	19	28,6	23,8	23,8	9,5
Ensino superior incompleto	%Negativo	0	22,2	33,3	11,1	11,1	0	22,2	11,1	55,6	33,3	66,7
	%Neutro	55,6	77,8	44,4	55,6	66,7	66,7	22,2	55,6	11,1	33,3	33,3
	%Positivo	44,4	0	22,2	33,3	22,2	33,3	55,6	33,3	33,3	33,3	0
Ensino superior completo	%Negativo	0	14,3	71,4	42,9	14,3	28,6	42,9	85,7	71,4	28,6	85,7
	%Neutro	42,9	0	14,3	14,3	28,6	42,9	42,9	0	0	42,9	14,3
	%Positivo	57,1	85,7	14,3	42,9	57,1	28,6	14,3	14,3	28,6	28,6	0
Pós-graduação (Nível Especialização)	%Negativo	34,8	43,5	43,5	52,2	21,7	17,4	34,8	21,7	39,1	26,1	52,2
	%Neutro	26,1	17,4	17,4	26,1	43,5	17,4	30,4	21,7	30,4	26,1	26,1
	%Positivo	39,1	39,1	39,1	21,7	34,8	65,2	34,8	56,5	30,4	47,8	21,7
Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)	%Negativo	0	0	33,3	33,3	0	33,3	0	33,3	0	0	33,3
	%Neutro	100	33,3	66,7	66,7	66,7	33,3	33,3	33,3	66,7	66,7	33,3
	%Positivo	0	66,7	0	0	33,3	33,3	66,7	33,3	33,3	33,3	33,3
p-valor		0,116	0,004*	0,382	0,271	0,381	0,162	0,240	0,012*	0,421	0,608	0,553

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa; *associação significativa entre a escolaridade ($p < 0,05$; teste qui-quadrado).

Fonte: A autora, 2022.

A Tabela 27 elucida as dimensões conforme escolaridade de cada entrevistado; pode-se observar que não houve associação significativa entre boa parte das variáveis

relacionadas à dimensão aos aspectos gerais de segurança do paciente. No entanto, em relação a Percepções gerais sobre segurança do paciente, as questões “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída” e “Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros” apresentaram associação significativa, sendo observada menor porcentagem positiva nos que possuem ensino superior incompleto, pós-graduação (nível especialização) e pós-graduação (nível mestrado ou doutorado). Na mesma dimensão, observou-se associação significativa na questão “Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente”, em que os entrevistados com ensino superior incompleto apresentaram menor porcentagem positiva. Além disso, foi observada associação significativa na Frequência de eventos notificados, sobre a questão “Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?”, em que houve maior porcentagem positiva entre os indivíduos com ensino médio completo.

Tabela 27 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referente aos aspectos gerais de segurança do paciente e a escolaridade. Rio de Janeiro, 2022

Escolaridade	Aspectos ao nível de unidades/ serviços	11. Percepções gerais sobre segurança do paciente				12. Frequência de eventos notificados		
		A15	A18	A10 (R)	A17 (R)	D1	D2	D3
Ensino médio completo	%Negativo	28,6	19	47,6	33,3	4,8	19,0	14,3
	%Neutro	23,8	33,3	42,9	33,3	23,8	28,6	23,8
	%Positivo	47,6	47,6	9,5	33,3	71,4	52,4	61,9
Ensino superior incompleto	%Negativo	44,4	11,1	66,7	22,2	77,8	66,7	22,2
	%Neutro	22,2	77,8	11,1	66,7	0	11,1	55,6
	%Positivo	33,3	11,1	22,2	11,1	22,2	22,2	22,2
Ensino superior completo	%Negativo	28,6	14,3	71,4	57,1	28,6	42,9	28,6
	%Neutro	14,3	28,6	14,3	0	42,9	14,3	14,3
	%Positivo	57,1	57,1	14,3	42,9	28,6	42,9	57,1
Pós-graduação (Nível Especialização)	%Negativo	78,3	52,2	43,5	17,4	52,2	39,1	30,4
	%Neutro	4,3	30,4	30,4	21,7	34,8	43,5	43,5
	%Positivo	17,4	17,4	26,1	60,9	13,0	17,4	26,1
Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)	%Negativo	33,3	66,7	66,7	0	100	33,3	66,7
	%Neutro	66,7	33,3	0	33,3	0	66,7	33,3
	%Positivo	0	0	33,3	66,7	0	0	0
p-valor		0,016*	0,017*	0,506	0,046*	0,001*	0,081	0,126

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa; *associação significativa entre a escolaridade ($p < 0,05$; teste qui-quadrado).

Fonte: A autora, 2022.

4.2.2.8 Associação das dimensões da cultura de segurança do paciente do Serviço de Emergência com o sexo

Avaliando as dimensões conforme o sexo de cada entrevistado, pode-se observar que não houve associação significativa entre a maioria das variáveis relacionadas à dimensão referente ao nível de unidade/serviço (Tabela 28). No entanto, em relação a Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores, sobre as questões “O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente” e “O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente”, foram observadas associações significativas, com maior porcentagem positiva nos indivíduos do sexo masculino. Na dimensão Aprendizado organizacional, houve associação significativa na questão “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”, sendo que os indivíduos do sexo masculino apresentaram menor porcentagem negativa, o que também foi encontrado nas dimensões Profissionais (quadro de pessoal) e Resposta não punitiva ao erro, na questão “Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente” e “Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais”, respectivamente. Na dimensão Retorno informação e comunicação a respeito de erro, a questão “Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade” apresentou associação significativa, sendo que os entrevistados do sexo masculino apresentaram maior porcentagem positiva.

Tabela 28 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao Serviço de Emergência e o sexo. Rio de Janeiro, 2022

Sexo	Aspectos ao nível de unidades/serviços	1. Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços				2. Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores				3. Aprendizado organizacional			4. Retorno informação e comunicação a respeito de erro			5. Abertura de comunicação – melhoria contínua			6. Profissionais (quadro de pessoal)			7. Resposta não punitiva ao erro			
		A1	A3	A4	A11	B1	B2	B3 (R)	B4 (R)	A6	A9	A13	C1	C3	C5	C2	C4	C6 (R)	A2	A5 (R)	A7 (R)	A14 (R)	A8 (R)	A12 (R)	A16 (R)
Feminino	%Negativo	8,8	8,8	2,9	32,4	26,5	11,8	70,6	73,5	11,8	17,6	17,6	32,4	38,2	20,6	17,6	52,9	35,3	79,4	26,5	47,1	20,6	14,7	17,6	14,7
	%Neutro	17,6	5,9	11,8	17,6	20,6	32,4	8,8	20,6	23,5	26,5	38,2	38,2	35,3	41,2	26,5	29,4	38,2	14,7	11,8	23,5	26,5	11,8	20,6	5,9
	%Positivo	73,5	85,3	85,3	50	52,9	55,9	20,6	5,9	64,7	55,9	44,1	29,4	26,5	38,2	55,9	17,6	26,5	5,9	61,8	29,4	52,9	73,5	61,8	79,4
Masculino	%Negativo	0	0	0	17,2	6,9	0	58,6	82,8	0	10,3	10,3	31	20,7	10,3	3,4	44,8	34,5	72,4	3,4	24,1	10,3	3,4	3,4	31
	%Neutro	13,8	10,3	6,9	17,2	6,9	10,3	31	10,3	10,3	44,8	24,1	48,3	3,4	37,9	24,1	37,9	44,8	13,8	24,1	48,3	20,7	20,7	34,5	34,5
	%Positivo	86,2	89,7	93,1	65,5	86,2	89,7	10,3	6,9	89,7	44,8	65,5	20,7	75,9	51,7	72,4	17,2	20,7	13,8	72,4	27,6	69	75,9	62,1	34,5
p-valor		0,221	0,225	0,509	0,356	0,018*	0,009*	0,066	0,540	0,044*	0,291	0,236	0,655	0,001*	0,424	0,170	0,759	0,824	0,566	0,032*	0,081	0,383	0,237	0,138	0,001*

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa; *associação significativa entre os sexos ($p < 0,05$; teste qui-quadrado).

Fonte: A autora, 2022.

Avaliando as dimensões conforme escolaridade de cada entrevistado, pode-se observar que não houve associação significativa entre as variáveis relacionadas à dimensão referente ao nível do hospital (Tabela 29).

Tabela 29 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes ao nível do hospital e o sexo. Rio de Janeiro, 2022

Sexo	Aspectos ao nível de unidades/ serviços	8. Suporte da gestão para a segurança do paciente			9. Trabalho em equipe entre as unidades				10. Passagem de plantão ou transferências internas.			
		F1	F8	F9 (R)	F4	F10	F2 (R)	F6 (R)	F3 (R)	F5 (R)	F7 (R)	F11 (R)
Feminino	%Negativo	17,6	29,4	47,1	35,3	14,7	20,6	38,2	35,3	52,9	29,4	58,8
	%Neutro	38,2	32,4	26,5	38,2	47,1	35,3	20,6	17,6	23,5	38,2	26,5
	%Positivo	44,1	38,2	26,5	26,5	38,2	44,1	41,2	47,1	23,5	32,4	14,7
Masculino	%Negativo	20,7	20,7	37,9	34,5	10,3	10,3	44,8	44,8	41,4	37,9	65,5
	%Neutro	48,3	27,6	34,5	37,9	37,9	44,8	34,5	27,6	24,1	24,1	24,1
	%Positivo	31	51,7	27,6	27,6	51,7	44,8	20,7	27,6	34,5	37,9	10,3
p-valor		0,563	0,541	0,724	0,995	0,554	0,498	0,187	0,271	0,577	0,482	0,826

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa.

Fonte: A autora, 2022.

A Tabela 30 elucida as dimensões conforme o sexo de cada entrevistado; pode-se observar que não houve associação significativa entre as variáveis relacionadas à dimensão aos aspectos gerais de segurança do paciente.

Tabela 30 – Associação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente referentes aos aspectos gerais de segurança do paciente e o sexo. Rio de Janeiro, 2022

Sexo	Aspectos ao nível de unidades/ serviços	11. Percepções gerais sobre segurança do paciente				12. Frequência de eventos notificados		
		A15	A18	A10 (R)	A17 (R)	D1	D2	D3
Feminino	%Negativo	52,9	38,2	50	29,4	50	38,2	26,5
	%Neutro	8,8	32,4	20,6	23,5	23,5	32,4	41,2
	%Positivo	38,2	29,4	29,4	47,1	26,5	29,4	32,4
Masculino	%Negativo	44,8	24,1	55,2	24,1	27,6	34,5	24,1
	%Neutro	27,6	44,8	37,9	37,9	27,6	31	27,6
	%Positivo	27,6	31	6,9	37,9	44,8	34,5	48,3
p-valor		0,142	0,442	0,053	0,463	0,166	0,907	0,394

Legenda: (R) Itens que foram formulados de forma negativa.

Fonte: A autora, 2022.

4.2.3 Correlação das dimensões da cultura de segurança do paciente do Serviço de Emergência com variáveis idade, tempo de profissão e escolaridade

Para medir a força da associação entre as variáveis, a partir da percepção de cultura de cada dimensão foi feita a correlação com a idade, o tempo de profissão e a escolaridade, conforme apresentado na Tabela 31, e nos Gráficos 2 e 3 abaixo.

A correlação de maior destaque é a da dimensão 12 “Frequência de eventos notificados”, com a escolaridade. Quanto maior a escolaridade, menor o valor da dimensão, em média.

Houve, ainda, correlação com a dimensão 11 “Percepções gerais sobre segurança do paciente” com a idade, quanto menor a idade. Quanto menor a idade, pior a percepção geral sobre o item.

Também houve correlação entre as dimensões 10, “Passagem de plantão ou transferências internas”, e a 11, “Percepções gerais sobre segurança do paciente”, com a idade e a escolaridade, de menor grau- todas negativas. Para as demais, não há evidência de correlação.

Tabela 31 – Correlação entre as dimensões de segurança do paciente com as variáveis idade, tempo de profissão e escolaridade. Rio de Janeiro, 2022 (continua)

Variável	Correlação	Limite Inferior IC	Limite Superior IC	P-valor
1. Trabalho em equipe dentro das unidades				
Idade	-0,092	-0,332	0,160	0,357
Tempo.profissão.atual	-0,215	-0,439	0,035	0,033
Escolaridade	-0,052	-0,296	0,198	0,630
2. Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores/gestor				
Idade	0,047	-0,204	0,291	0,635
Tempo.profissão.atual	0,053	-0,197	0,297	0,590
Escolaridade	-0,174	-0,404	0,078	0,105
3. Aprendizado organizacional - melhoria contínua				
Idade	-0,150	-0,383	0,102	0,127
Tempo.profissão.atual	-0,126	-0,362	0,126	0,205
Escolaridade	-0,229	-0,451	0,020	0,033
4. Retorno da informação e comunicação a respeito de erro				
Idade	-0,183	-0,412	0,068	0,063
Tempo.profissão.atual	-0,078	-0,320	0,173	0,433
Escolaridade	-0,168	-0,399	0,083	0,117

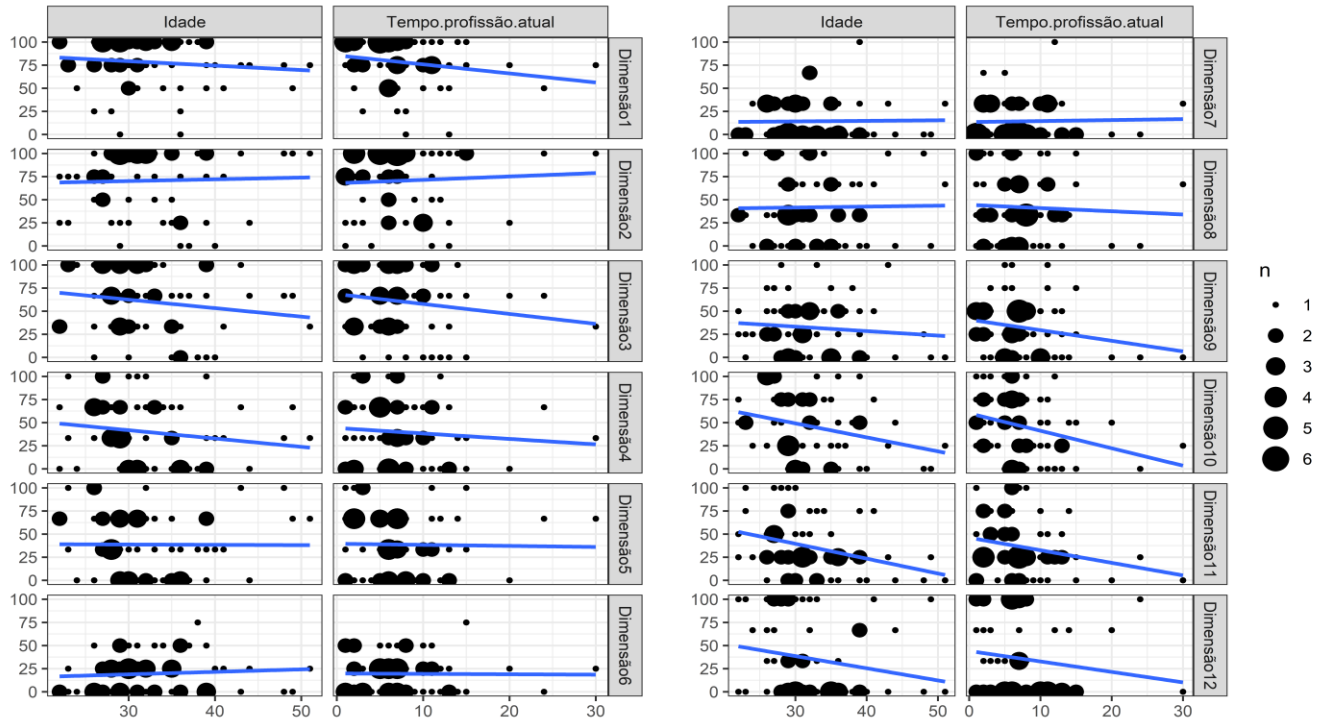
Tabela 31 – Correlação entre as dimensões de segurança do paciente com as variáveis idade, tempo de profissão e escolaridade. Rio de Janeiro, 2022 (conclusão)

5. Abertura de comunicação				
Idade	-0,100	-0,340	0,151	0,310
Tempo.profissão.atual	-0,075	-0,317	0,176	0,450
Escolaridade	-0,238	-0,459	0,011	0,027
6. Profissionais (quadro de pessoal)				
Idade	0,121	-0,130	0,358	0,230
Tempo.profissão.atual	-0,012	-0,259	0,236	0,903
Escolaridade	0,136	-0,116	0,371	0,219
7. Resposta não punitiva ao erro				
Idade	-0,037	-0,282	0,213	0,724
Tempo.profissão.atual	0,011	-0,237	0,258	0,915
Escolaridade	-0,085	-0,326	0,166	0,455
8. Suporte da gestão para a segurança do paciente				
Idade	-0,009	-0,256	0,239	0,926
Tempo.profissão.atual	-0,033	-0,279	0,216	0,738
Escolaridade	0,010	-0,239	0,257	0,928
9. Trabalho em equipe entre as unidades				
Idade	-0,069	-0,311	0,182	0,484
Tempo.profissão.atual	-0,134	-0,369	0,118	0,176
Escolaridade	-0,195	-0,422	0,056	0,068
10. Passagem de plantão ou transferências internas				
Idade	-0,219	-0,443	0,030	0,022
Tempo.profissão.atual	-0,240	-0,460	0,009	0,013*
Escolaridade	-0,249	-0,468	-0,001	0,017
11. Percepções gerais sobre segurança do paciente				
Idade	-0,264	-0,480	-0,017	0,007*
Tempo.profissão.atual	-0,170	-0,401	0,081	0,084
Escolaridade	-0,265	-0,481	-0,018	0,013*
12. Frequência de eventos notificados				
Idade	-0,215	-0,439	0,035	0,031
Tempo.profissão.atual	-0,177	-0,407	0,074	0,080
Escolaridade	-0,389	-0,581	-0,156	< 0.001***

Número absoluto (N): 63 participantes.

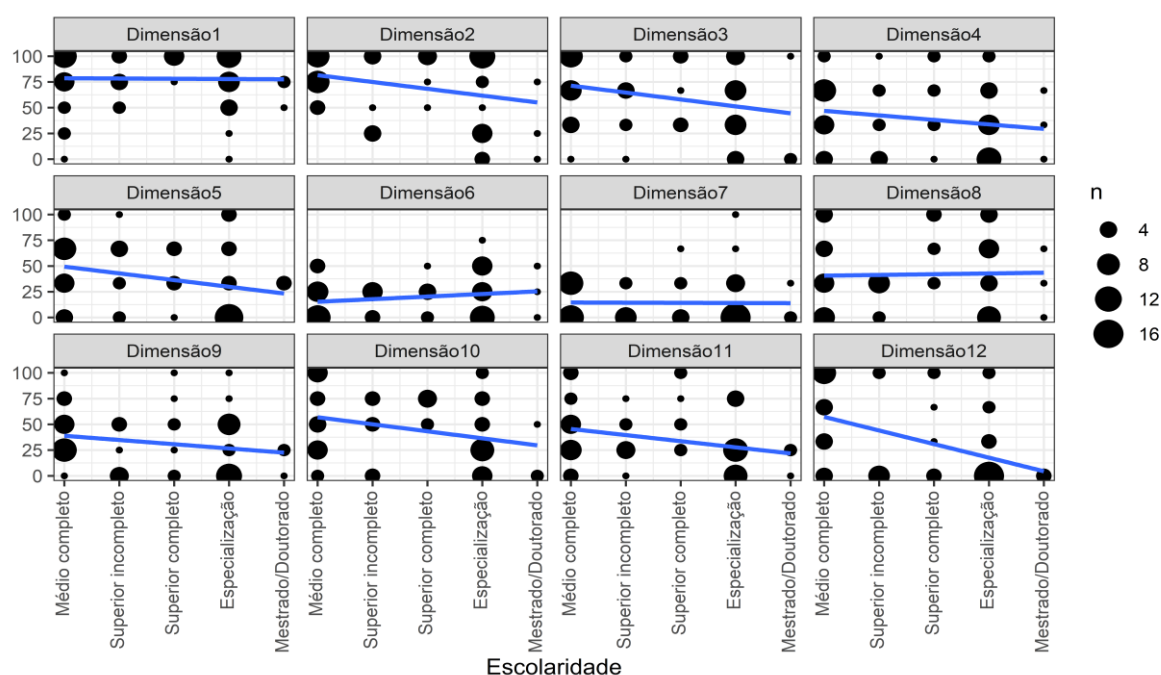
Fonte: A autora, 2022.

Gráfico 2 – Correlação entre as dimensões de segurança do paciente com as variáveis idade, tempo de profissão



Fonte: A autora, 2022.

Gráfico 3 - Correlação entre as dimensões de segurança do paciente com a variável escolaridade



4.3 Resultados da fase qualitativa

Para a apresentação dos resultados qualitativos, utilizou-se o software Iramutec para realizar a análise de conteúdo lexical, buscando não perder o contexto em que a palavra aparece, tornando possível integrar níveis quantitativos e qualitativos na análise e trazendo maior objetividade e avanços às interpretações dos dados de texto.

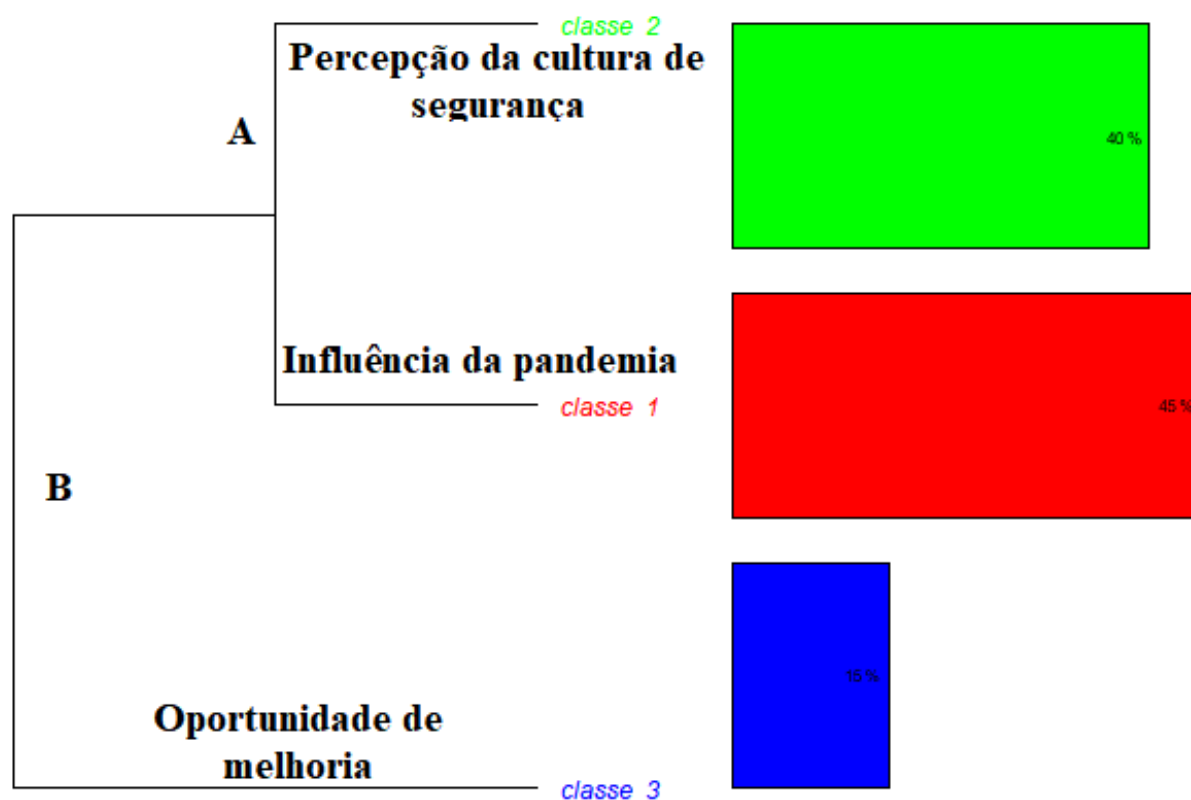
O Iramutec forneceu a CHD e as UCE que a compõem. A fim de possibilitar a elaboração dos resultados e a discussão, realizou-se a leitura flutuante dos ST e dos vocábulos presentes em cada classe, buscando-se a compreensão do contexto do vocábulo na UCE, favorecendo o entendimento e a relação do conteúdo apresentado. Esta metodologia se assemelha à análise de conteúdo proposta por Bardin (1997).

O *corpus* geral foi constituído por dois textos, separados em 728 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 580 STs (79,67%). Camargo e Justo (2016) recomendam o aproveitamento de pelo menos 75% dos ST. Nesse contexto, o aproveitamento deste estudo é considerado adequado. Emergiram 27.428 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 3.092 palavras distintas e 664 hapax. Foram 167 formas suplementares e 393 formas ativas

com frequência ≥ 3 . O conteúdo analisado foi categorizado em três classes: Classe 1, com 261 ST (45%); Classe 2, com 232 ST (40%); Classe 3, com 87 ST (15%), apresentadas nos dendrogramas (Figuras 10 e 11) a seguir.

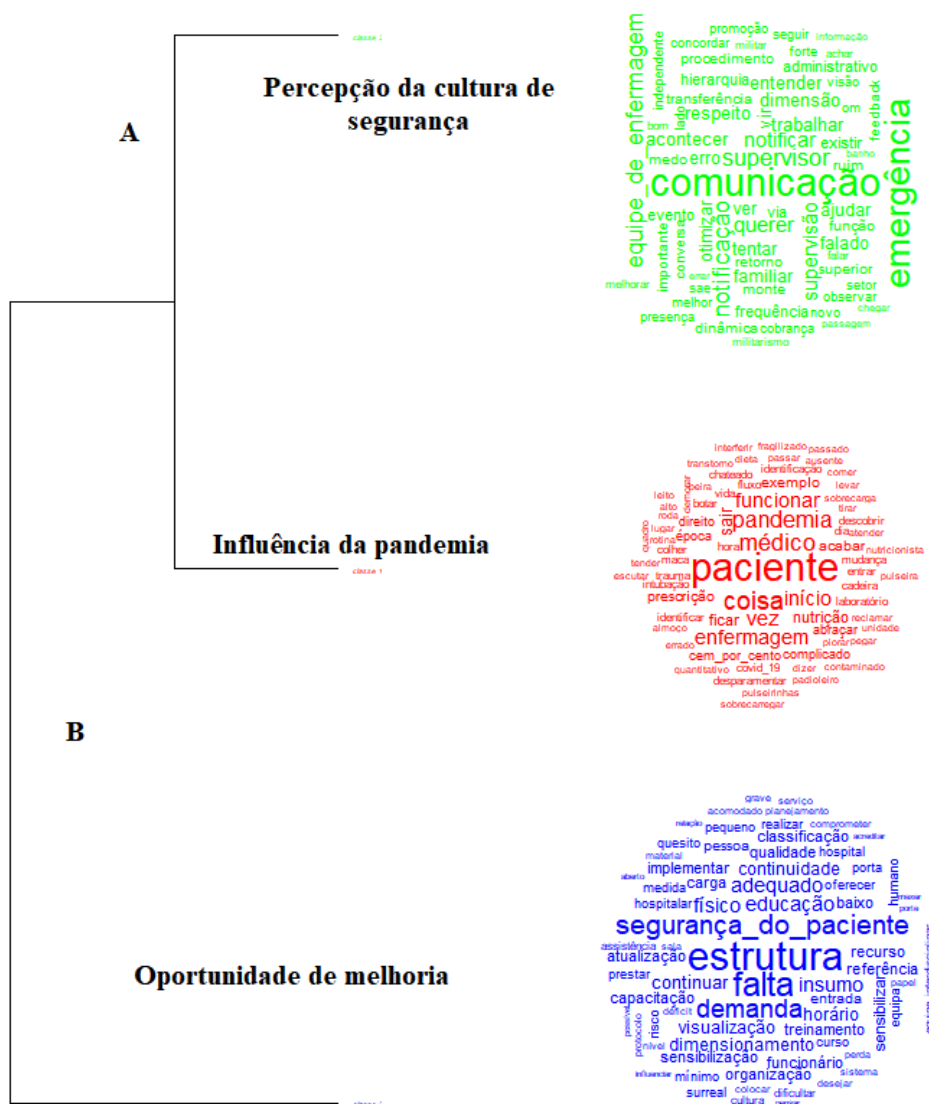
Figura 10 - Dendrograma demonstrativo da distribuição das classes de análise lexical.

Iramutec. Rio de Janeiro-RJ-2022



Fonte: A autora, 2022.

Figura 11 - Dendrograma demonstrativo da distribuição das classes geradas pelo Iramutec, com as palavras com maior x^2 . Rio de Janeiro-RJ- 2022



Fonte: A autora, 2022.

Cabe destacar que as três classes se encontram divididas em duas ramificações (A e B) do *corpus* total da análise. O subcorpus A é composto pelas Classe 1 (Influência da pandemia), que se refere a como a pandemia da COVID-19 influenciou a percepção dos profissionais de saúde em relação à segurança do paciente, e pela Classe 2 (Percepção da Cultura de Segurança), que evidencia a percepção de cultura pelos profissionais. O subcorpus B é composto pela Classe 3 (Oportunidades de melhoria), que apresenta a percepção dos profissionais sobre as oportunidades de melhoria relacionadas à segurança do paciente atendido na emergência.

Para possibilitar uma melhor visualização das classes, foi elaborada uma tabela com a lista de palavra de cada classe, gerada a partir do teste qui-quadrado.

Tabela 32 - Tabela das palavras com maior associação com as Classes 1, 2 e 3. Rio de Janeiro-RJ-2022

CLASSE 1 261/580 ST 45%			CLASSE 2 232/580 ST 40%			CLASSE 3 87/580 ST 15%		
Palavra	<i>f. corpus</i>	X^2	Palavra	<i>f. corpus</i>	X^2	Palavra	<i>f. corpus</i>	X^2
Paciente	162	42.3	Comunicação	66	31.35	Estrutura	30	89.81
Médico	34	22.12	Supervisão	42	27.91	Falta	44	72.62
Pandemia	38	20.37	Emergência	76	27.79	Segurança_do_paciente	96	55.66
Enfermagem	13	16.66	Notificação	36	27.92	Demanda	26	51.82
Início	26	16.66	Equipe_de_enfermagem	20	15,56	Educação	24	35.4
Funcionar	38	16.29	Dimensão	17	10.77	Adequado	12	34.74
Nutrição	16	10.07	Acontecer	44	10.66	Insumo	12	34.74
Prescrição	14	8.77	Erro	42	9.34	Físico	16	33.95
Complicado	24	7.44	Hierarquia	10	7.64	Continuidade	10	28.85
Identificação	22	6.27	Frequência	10	7.64	Dimensionamento	14	28.16
						Treinamento	26	23.16
						Qualidade	26	23.16

Fonte: A autora, 2022.

A seguir, será apresentada a Classificação Hierárquica Descendente de acordo com as classes.

Classe 1: Influência da pandemia

Compreende 45% do *corpus* analisado. É constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 3,87$ (passar) e $x^2 = 42,3$ (paciente). Essa classe é composta por palavras como “paciente” ($x^2 > 42,3$), “médico” ($x^2 > 22,12$), “pandemia” ($x^2 > 20,37$), “enfermagem” ($x^2 > 16,66$), “início” ($x^2 > 16,66$), “funcionar” ($x^2 > 16,29$), “nutrição” ($x^2 > 10,07$) e “complicado” ($x^2 > 7,44$).

Na análise realizada observou-se que, nesta classe, estão apresentadas as dificuldades impostas pela pandemia para a assistência dos pacientes atendidos na emergência e como os profissionais de saúde perceberam esse impacto. O desconhecimento da história natural da doença, tratamento e complicações de longo prazo e o medo de contaminar familiares em decorrência de sua exposição ocupacional, foram apontados pelo GF como fatores que geraram estresse, ansiedade e, esgotamento físico e emocional.

Evidenciou-se, ainda, que a pandemia influenciou negativamente a percepção de segurança do paciente, como pode ser observado nas falas a seguir.

“A pandemia da COVID_19, aumentou muito o **fluxo** de **pacientes**, eles **passaram a ficar** mais tempo internados e nós nem sabíamos direito como cuidar”.

“Com a **pandemia** devido ao desconhecimento e tudo o que nós vivenciamos, podemos dizer que **interferiu** negativamente na segurança_do_paciente”.

“A **sobrecarga** fazia que deixássemos, infelizmente, muita **coisa** a desejar, porque tínhamos que priorizar quem estava parando, fazer **intubação**, então os outros **pacientes** recebiam menos atenção”.

“Todos ficaram **sobrecarregados**, mas para nós **médicos** e para a **enfermagem** foi um desafio hercúleo”.

“O medo de levar a **doença** para casa e perder familiares gerou muita ansiedade. Foi muito **complicado** lidar com todos esses sentimentos, além da **sobrecarga** física”.

Classe 2: Percepção da cultura de segurança do paciente

Essa classe compreende 40% do *corpus* analisado. É constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 3,66$ (melhorar) e $x^2 = 31,35$ (comunicação). Ela é composta por palavras como “comunicação” ($x^2 > 31,35$), “supervisor” ($x^2 > 27,92$), “notificação” ($x^2 > 27,91$), “emergência” ($x^2 > 27,79$), “equipe_de_enfermagem” ($x^2 > 15,56$), “dimensão” ($x^2 > 10,77$), “acontecer” ($x^2 > 10,07$), “erro” ($x^2 > 9,34$), hierarquia ($x^2 > 7,64$), frequência ($x^2 > 7,64$), e evento ($x^2 > 7,64$).

A análise dessa classe permitiu observar as fragilidades em relação às dimensões da cultura de segurança do paciente, principalmente no que se refere à comunicação, atitudes do supervisor e frequência de eventos relatados. A questão hierárquica também contribuiu para o resultado, uma vez que, para alguns participantes, a hierarquia dificulta a abertura na comunicação.

O medo da punição, em menor frequência, e o desconhecimento sobre o que notificar aparecem como fatores relacionados à baixa frequência de notificação. O *feedback* sobre o erro e ações de melhoria decorrentes da notificação também emergem como fragilidades, bem como o trabalho em equipe entre a emergência e as demais unidades do hospital. Já o trabalho em equipe dentro da unidade apareceu como uma dimensão forte.

Seguem abaixo alguns discursos que englobam esses aspectos das dimensões de segurança do paciente:

“É preciso **tentar melhorar a comunicação** interdisciplinar”.

“Não receber o **retorno** sobre o **erro** também é **ruim** porque parece que nada foi feito para que ele não **aconteça** novamente”.

“Acredito que seria **importante** para quem **errou** e para quem **notificou entender** o que foi feito a partir da **comunicação do erro**”.

“Considero **importante** também o papel do **supervisor** nas ações de **segurança_do_paciente**, mas percebo que eles estão mais envolvidos na parte **administrativa** e pouco se inteiram da parte assistencial”.

“O medo da punição ainda influencia a **frequência** das **notificações**”.

“Quem está **chegando**, **acha** que por ser uma **OM** o **militarismo** vai **falar** mais **forte** e, **errando** será punido”.

“Tem-se percebido o esforço para estimular a **notificação** e evitar a **punição**, mas ainda não é suficiente”.

“O que nos motiva a permanecer na **emergência** é o **trabalho_em_equipe**”.

Classe 3: Oportunidade de melhoria

Essa classe compreende 15% do *corpus* analisado. É constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 3,66$ (melhorar) e $x^2 = 89,81$ (estrutura). É composta por palavras como “estrutura” ($x^2 > 31,35$), “falta” ($x^2 > 72,62$), “segurança_do_paciente” ($x^2 > 55,66$), “demanda” ($x^2 > 51,82$), “educação” ($x^2 > 35,4$), “adequado” ($x^2 > 37,74$), “insumo” ($x^2 > 37,74$), “físico” ($x^2 > 33,95$), “continuidade” ($x^2 > 28,85$), “dimensionamento” ($x^2 > 28,16$), “treinamento” ($x^2 > 23,16$), “qualidade” ($x^2 > 23,16$), e “equipe_interdisciplinar” ($x^2 > 10,38$). .

A análise dessa classe permitiu observar oportunidades de melhoria, apontadas pelos profissionais da emergência. A falta de dimensionamento de pessoal, estrutura física e disponibilidade de insumos adequados emergiu como fator que compromete a qualidade do cuidado e segurança do paciente, estando diretamente relacionada ao aumento da demanda ocasionada pela pandemia da COVID-19.

A necessidade de treinamento e capacitação da equipe interdisciplinar para as questões de segurança do paciente se relacionam à rotatividade de pessoal, pelo fluxo da carreira, e ao aporte de profissionais, sem experiência na assistência a pacientes graves, necessário para garantir atendimento aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha durante a pandemia da COVID-19.

A seguir, as falas dos participantes sobre a temática:

“Houve **falta** de **estrutura física**, de **insumos** e **dimensionamento** adequado de **peçoal**. Não adianta falarmos de **segurança_do_paciente** com o número **mínimo** de profissional que não conseguem **prestar** uma **assistência** de **qualidade**”.

“Os erros acontecem e acontecem mesmo, porque a **demand**a aumentou em função da pandemia”.

“Porque você é bom, mas em compensação você não tem o reconhecimento, mas quando se faz para a **segurança_do_paciente**, para a vida você percebe que vale a pena”.

“As **medidas** tomadas para garantir a **segurança_do_paciente** são ótimas, mas a **falta** de pessoas e a sobrecarga de trabalho podem **comprometer** a **qualidade** do serviço prestado”.

“O **hospital** deveria ministrar **cursos** e **treinamentos** para as **equipes**, especialmente voltados para a **segurança_do_paciente**”.

“Todos esses processos e, protocolos são válidos e importantes porque a padronização se reflete em **segurança_do_paciente**”.

4.4 Resultados integrados

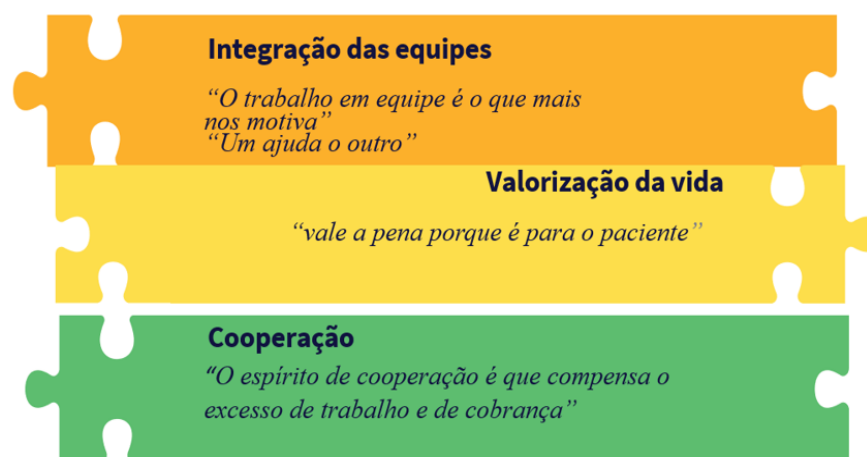
A integração dos dados quantitativos e qualitativos nas pesquisas de métodos mistos é uma etapa fundamental, que consiste em integrar os resultados de forma coerente, ampliando sua compreensão e proporcionando um novo olhar sobre os resultados.

A Figura 12 apresenta os resultados da dimensão considerada forte para a cultura de segurança do paciente pelos profissionais da emergência, conforme as dimensões do HSOPSC, e os fatores que, segundo os participantes do grupo focal contribuem para essa percepção e explicam os resultados encontrados.

Figura 12 - Dimensão forte para cultura de segurança do paciente e fatores que contribuem para essa percepção



Fatores que colaboram para esta percepção



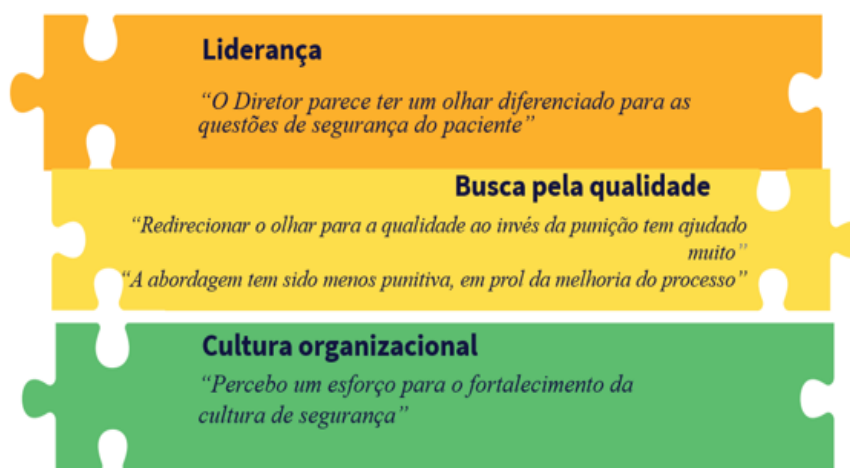
Fonte: A autora, 2022.

A Figura 13 apresenta os resultados das dimensões consideradas neutras para cultura de segurança do paciente pelos profissionais da emergência, conforme as dimensões do HSOPSC, e os fatores que, segundo os participantes do grupo focal, contribuem para essa percepção e explicam os resultados encontrados.

Figura 13 - Dimensões neutras para cultura de segurança do paciente e fatores que contribuem para essa percepção



Fatores que contribuem para esta percepção



Fonte: A autora, 2022.

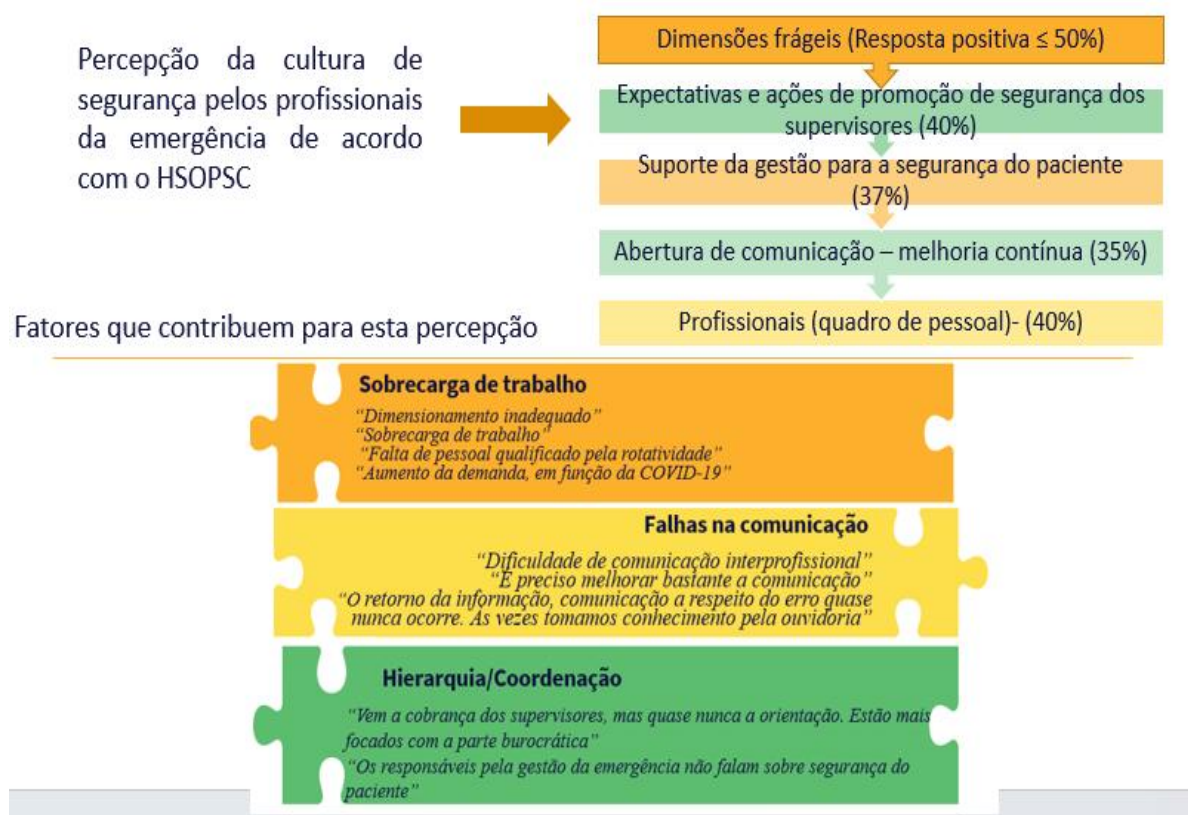
As figuras 14 e 15 apresentam os resultados das dimensões consideradas frágeis para cultura de segurança do paciente pelos profissionais da emergência, conforme as dimensões do HSOPSC, e os fatores que, segundo os participantes do grupo focal, contribuem para essa percepção e explicam os resultados encontrados.

Figura 14 - Dimensões frágeis para cultura de segurança do paciente e fatores que contribuem para essa percepção



Fonte: A autora, 2022.

Figura 15 - Dimensões frágeis (continuação) para cultura de segurança do paciente e fatores que contribuem para essa percepção



Fonte: A autora, 2022.

A análise integrada permite inferir que as reflexões que emergiram com as discussões do Grupo Focal validam o resultado encontrado pela aplicação do HSOPSC. As meta interferências e interpretações oriundas da integração dos dados quantitativos e qualitativos foram apresentadas a seguir:

- A percepção da cultura de segurança é considerada frágil na maioria das dimensões propostas pelo HSOPSC.
- Sobrecarga de trabalho, comunicação ineficaz, falta de apoio dos supervisores, não padronização dos processos, visão setORIZADA e falta de treinamento sobre segurança do paciente influenciam a percepção de segurança do paciente como fragilizada, por profissionais de nível técnico e superior.
- Somente Trabalho em equipe dentro da emergência é considerada uma dimensão fortalecida.
- Embora a Abordagem não punitiva ao erro seja uma dimensão neutra, parte dos profissionais ainda temem serem punidos.

- e) A dimensão Frequência de eventos notificados apresentou correlação negativa em relação à escolaridade. Quanto maior a escolaridade, menor o valor da dimensão, em média.
- f) O estilo de liderança e a busca pela qualidade podem fortalecer a cultura de segurança do paciente.
- g) A hierarquia foi um elemento apontado como um fator que contribui para a dificuldade na comunicação.
- h) O Plano de Segurança e a Política de Segurança do Paciente, bem como seus protocolos, são pouco conhecidos pelos profissionais da emergência.
- i) O dimensionamento adequado, a valorização profissional e a realização de treinamentos são apontados como oportunidades de melhoria pelos profissionais da emergência.
- j) A pandemia da COVID-19 contribuiu para a percepção negativa da cultura de segurança do paciente, pelo aumento significativo da demanda, desabastecimento mundial de insumos e medicamentos, além do medo do desconhecido.

4.5 Plano de ação

Para a construção do plano de ação foi utilizada a ferramenta de gestão 5W2H. A sigla é formada pelas iniciais, em inglês, das sete diretrizes que, quando bem estabelecidas, eliminam quaisquer dúvidas que possam aparecer ao longo de um processo ou de uma atividade. Tem por finalidade definir o que será feito, por que, onde será feito, por quem, quando, como e quanto custará.

O plano de ação foi construído pelo grupo focal, levando em conta as dimensões consideradas frágeis para a segurança do paciente, conforme demonstrado na Tabela 33, abaixo.

Tabela 33 - Plano de ação, considerando as dimensões frágeis para a segurança do paciente. Rio de Janeiro-RJ. 2022 (continua)

Dimensão	Objetivo	WHY? O que vai ser feito?	WHERE? Onde vai ser feito?	WHY? Por que vai ser feito?	WHO? Por quem vai ser feito?	WHEN? Quando vai ser feito?	HOW? Como vai ser feito?	HOW MUCH? Quanto custará
“Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores”	Aproximar os supervisores das questões de segurança do paciente	Incentivar os supervisores a se aproximarem da equipe e compartilhar decisões.	Nos setores assistenciais.	Fortalecer as ações de segurança do paciente.	Chefias e corpo clínico.	Nas reuniões de Chefia e setoriais.	Com a exposição das fragilidades e apresentação das oportunidades de melhorias.	Não haverá custos adicionais.
“Retorno informação e comunicação a respeito de erro”	Dar retorno ao notificador sobre as ações de melhoria propostas a partir da notificação	Encaminhar relatório para o setor notificador com a análise do incidente.	No NSP	Sugerir e divulgar ações de melhoria para mitigação de novos eventos da mesma natureza.	Profissionais do NSP	A cada notificação de incidentes	Com a divulgação do relatório de análise de incidentes e elaboração do plano de ação.	Não haverá custos adicionais.

Tabela 33 - Plano de ação, considerando as dimensões frágeis para a segurança do paciente. Rio de Janeiro-RJ. 2022 (continuação)

Dimensão	Objetivo	WHY? O que vai ser feito?	WHERE? Onde vai ser feito?	WHY? Por que vai ser feito?	WHO? Por quem vai ser feito?	WHEN? Quando vai ser feito?	HOW? Como vai ser feito?	HOW MUCH? Quanto custará
“Abertura de comunicação – melhoria contínua”	Melhorar a comunicação efetiva entre os profissionais	Treinamento sobre comunicação efetiva	No HNMD	Para tornar a comunicação entre os profissionais fluida e assertiva	Assessoria da Qualidade e Segurança do Paciente	1º semestre de 2022	Com palestras e vídeos institucionais.	Não haverá custos adicionais.
“Profissionais (quadro de pessoal)”	Avaliar a possibilidade de aumento na tabela de lotação do HMD	Remanejamento de militares de outras OM; Contratação de pessoal militar ou civil	Diretoria Geral de Pessoal da Marinha (DGPM)	Garantir o dimensionamento de pessoal adequado	Alta administração da DGPM e do HHNMD	A longo prazo	Com o estudo das tabelas de lotação e avaliação da possibilidade de contratação/remanejamento	A ser calculado de acordo com o soldo/salário dos indivíduos contratados
“Suporte da gestão para a segurança do paciente”	Incentivar ações de melhoria e fortalecimento da cultura de Segurança	Realizar o diagnóstico institucional	Todos os setores assistenciais e administrativos	Identificar as fragilidades sistêmicas e desenvolver estratégias para fortalecê-las	Alta administração e NSP	2º semestre de 2022	Pela aplicação do questionário HSOPSC para os profissionais	Não haverá custos adicionais.
“Trabalho em equipe entre as unidades”	Proporcionar um ambiente de trabalho mais coeso	Sessões clínicas coletivas	Setores que precisam compartilhar fluxos e decisões	Integrar as equipes e fortalecer decisões globais	Corpo clínico	A partir do 1º semestre de 2023	Reuniões	Não haverá custos adicionais.

Tabela 33 - Plano de ação, considerando as dimensões frágeis para a segurança do paciente. Rio de Janeiro-RJ. 2022 (conclusão)

Dimensão	Objetivo	WHY? O que vai ser feito?	WHERE? Onde vai ser feito?	WHY? Por que vai ser feito?	WHO? Por quem vai ser feito?	WHEN? Quando vai ser feito?	HOW? Como vai ser feito?	HOW MUCH? Quanto custará
“Passagem de plantão ou transferências internas”	Padronizar a transição do cuidado	Implementação da Ferramenta SBAR	Todos os setores assistenciais	Garantir a continuidade do cuidado, evitando perda de informações.	Todo profissional que receba ou passe informações assistenciais sobre pacientes	1º semestre de 2023	Com a criação e implementação do Protocolo de Transição de cuidado	Não haverá custos adicionais.
“Percepções gerais sobre segurança do paciente”	Fortalecer a cultura de segurança do paciente	Disseminar a cultura de segurança, com ênfase na abordagem não punitiva ao erro	No HNMD	Disseminar o Plano e a Política de Segurança do Paciente da Instituição	Profissionais do NSP	1º semestre de 2022	Palestras e treinamentos	Não haverá custos adicionais.
“Frequência de eventos notificados”	Estimular a notificação de eventos	Disponibilização de formulários online; treinamentos	Intranet; dependências do HNMD	Para facilitar a notificação e garantir anonimato; instrumentalizar os profissionais sobre a importância e o que notificar.	Centro Local de Tecnologia da Informação (CLTI); NSP	1º semestre de 2022; mensalmente	Criação e disponibilização do formulário online, bem como QR-Codes, que poderão ser acessados de todos os computadores do hospital e dos smartphones dos profissionais e usuários. Treinamentos, aulas e palestras.	Não haverá custos adicionais.

Fonte: A autora, 2022.

5 DISCUSSÃO

Considerando a metodologia proposta para este estudo, a discussão se inicia com a comparação dos resultados da percepção de segurança do paciente, obtidas pela aplicação do HSOPSC, com publicações nacionais e internacionais sobre o tema. Ao mesmo tempo, os fatores que contribuíram para a percepção, evidenciados pela análise dos dados produzidos pelo Grupo Focal, foram apresentados e discutidos a fim de explicar e corroborar os achados quantitativos, sustentando os resultados integrados desta pesquisa. No final deste capítulo, apresenta-se a discussão do plano de ação.

A dimensão “Trabalho em equipe dentro da unidade” foi considerada como fortalecida nesta pesquisa, tanto pela aplicação do HSOPSC quanto na discussão do GF, e se caracteriza pelo apoio e respeito entre os funcionários e o trabalho em equipe no mesmo setor/unidade. Para Souza *et al.* (2015), esse resultado reflete relações de trabalho colaborativas, o que pode favorecer a diminuição da frequência dos erros.

Em uma revisão de escopo conduzida, por Prieto, Fonseca e Zem-Mascarenhas (2021), que avaliaram pesquisas de hospitais brasileiros que utilizaram o HSOPSC, essa dimensão aparece como fortalecida em nove dos 36 estudos analisados. Já no estudo realizado na Moldávia por Tereanu *et al.* (2018), a dimensão “Trabalho em equipe dentro da unidade” recebeu 80% de taxa de resposta positiva por parte dos profissionais de saúde.

As dimensões “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores”; “Retorno informação e comunicação a respeito de erro”; “Abertura de comunicação – melhoria contínua”; “Profissionais (quadro de pessoal)”; “Suporte da gestão para a segurança do paciente”; “Trabalho em equipe entre as unidades”; “Passagem de plantão ou transferências internas”; “Percepções gerais sobre segurança do paciente”; e “Frequência de eventos notificados” foram consideradas frágeis pelo HSOPSC e esse achado foi corroborado pelo GF.

Em um estudo nacional, realizado na Suécia, por Danielsson *et al.* (2019), foi evidenciado que as dimensões da cultura de segurança do paciente melhores avaliadas foram “Trabalho em equipe dentro das unidades” (73,5%), “Resposta não punitiva ao erro” (67,2%), “Expectativas e ações de promoção de segurança do supervisor” (66,7%) e “Abertura de comunicação” (66,3%). Já as dimensões da cultura de segurança do paciente com menores taxas de resposta positiva foram “Apoio da gestão para a segurança do paciente” (47,9%) e “Profissionais (quadro de pessoal)” (51,9%).

Uma revisão sistemática de literatura com metanálise, realizada na Ásia, apresentou a taxa de resposta positiva mais alta e a mais baixa para cada dimensão: “Trabalho em equipe dentro da unidade”, 94 e 47,2; “Aprendizagem organizacional - melhoria contínua”, 88 e 19,5; “Retorno da comunicação a respeito do erro”, 77 e 19,9; “Trabalho em equipe entre as unidades”, 72 e 18,2; “Expectativas e ações de promoção de segurança do supervisor”, 83 e 27,5; “Suporte da gestão para a segurança do paciente”, 78,4 e 24; “Passagem de plantão e transferência interna”, 69 e 0; “Frequência de eventos relatados”, 68,2 e 0; “Percepção geral da segurança do paciente”, 72,5 e 15; “Abertura de comunicação”, 68 e 29,7; “Profissionais (quadro de pessoal)”, 59,4 e 12,2; e “Resposta não punitiva ao erro”, 68,8 e 14,8 (DAMAYANTI, BACHTIAR, 2019).

No estudo realizado na Etiópia por Kumbi *et al.* (2020) a dimensão com a maior percentual de respostas positivas foi "Trabalho em equipe dentro da unidade" (73,4%), enquanto as duas com menor percentual foram “Suporte da gestão para a Segurança do Paciente” com 30,5%, e "Resposta não punitiva ao erro", com 31,2%. Os escores para a maioria das dimensões foram inferiores a 50% de respostas positivas, exceto para “Aprendizagem organizacional- melhoria contínua” com 66,7% e “Trabalho em equipe dentro da unidade” com 73,4%.

Uma revisão sistemática, conduzida por Reis, Paiva e Souza (2018) analisou 33 estudos que utilizaram o HSOPSC, e evidenciou que “Trabalho em equipe dentro da unidade”, “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”, “Abertura da comunicação” e “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes” foram as únicas dimensões que em algum desses estudos demonstraram-se fortalecidas para cultura de segurança do paciente. As demais foram identificadas como fragilizadas em algum estudo, sendo as mais críticas: “Respostas não punitivas aos erros” com índices variando de 3,5 a 47% de respostas positivas, “Profissionais (quadro de pessoal)”, com variação de 14 a 45%, “Passagem de plantão e transferências internas” (24,6 - 49,7%) e “trabalho em equipe entre unidades” (24,6 - 44%).

A dimensão “profissionais (quadro de pessoal)” foi percebida como frágil para segurança do paciente em 60% dos estudos incluídos nessa revisão sistemática sugerindo que os profissionais se sentem sobrecarregados, pelo dimensionamento inadequado.

Os discursos que emergiram através da condução do GF trazem fortemente a questão da sobrecarga de trabalho relacionada ao dimensionamento inadequado e à pouca experiência dos profissionais que foram destacados para compor o efetivo, em contingência para o enfrentamento da pandemia da COVID-19.

O cansaço e o estresse são considerados fatores humanos que contribuem para o erro. É responsabilidade da administração criar condições para que esses fatores não sejam causa de erro e que este não atinja o paciente (RIGOBELLO *et al.*, 2012).

O quantitativo reduzido de profissionais é apontado como um dos fatores associados à subnotificação de incidentes (MACEDO *et al.*, 2016). É importante que os profissionais sejam constantemente orientados sobre a relevância da notificação e da necessidade do preenchimento correto e completo dos registros. Ao mesmo tempo os formulários de notificações devem ser claros, simples, de fácil compreensão e preenchimento (COSTA *et al.* 2018).

Estudos apontam que, quando são realizadas ações com base nas informações colhidas a partir das notificações, os funcionários se sentem mais estimulados a fazerem os relatos de incidentes e evento (FEREZIN *et al.*, 2017; SIMAN *et al.*, 2019), evidenciando a importância do fortalecimento da dimensão “Retorno da informação a respeito do erro”.

Em relação à comunicação efetiva, é necessário o envolvimento da gestão nas situações cotidianas, com objetivo de diminuir o gradiente de hierarquização (COSTA *et al.*, 2018). Como forma de melhoria, destacam-se: a adesão aos programas de aprimoramento em gestão de recursos humanos, com envolvimento dos diversos níveis hierárquicos; as reuniões entre as equipes; a criação de protocolos de comunicação estruturados e a padronização de informações importantes sobre o paciente (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Para desenvolver a cultura de segurança se faz necessária a comunicação efetiva, a coordenação, a cooperação e o desenvolvimento de intervenções educativas que envolvam a equipe multiprofissional, pois o trabalho em equipe é fundamental para a garantia da qualidade (LEE *et al.*, 2016).

O trabalho em equipe ter sido apontado como fragilidade sugere que os trabalhadores consideram que as unidades não se encontram coordenadas entre si para oferecer um cuidado seguro (CRUZ *et al.*, 2018; GALVÃO *et al.*, 2018). As falhas no trabalho em equipe e na comunicação entre os profissionais de saúde são apontadas como fatores que contribuem para a ocorrência de erros e eventos adversos (BAGNASCO *et al.*, 2013; MARTINS *et al.*, 2014).

De acordo com Ribeiro *et al.* (2019), a dimensão “Passagem de plantão/ transferência interna” também é um item que avalia comunicação efetiva, pois evidencia-se que informações importantes sobre o paciente são perdidas nas trocas de plantão e na transferência de pacientes para outros setores, ocasionando problemas para os pacientes por não terem, efetivamente, a continuidade do cuidado.

Os resultados das dimensões de segurança do paciente encontrados com a aplicação do HSOPSC e o GF demonstram uma resposta parecida no cenário estudado, na comparação com estudos nacionais e internacionais (HUANG *et al.*, 2018; JIANG *et al.*, 2019; RIBEIRO *et al.*, 2019).

Nesse sentido, fortalecer as dimensões de segurança do paciente e consequentemente a cultura de segurança, possibilitará que seja ofertada uma assistência segura. Estudos apontam a associação entre cultura de segurança do paciente e tratamento seguro (DICUCCIO, 2015; KALTEH *et al.*, 2021).

Notaro *et al.* (2019) ressaltam que o envolvimento e a atuação dos líderes são cruciais para favorecer o cuidado seguro por meio do incentivo à equipe de saúde em extrair lições educativas com os erros comunicados.

Considerando o exposto, a liderança aparece como um elemento que pode contribuir tanto para o fortalecimento da cultura de segurança, quanto para a qualidade da assistência. Fukushigue (2019) refere que o estilo de liderança pode ser um possível impulsionador na mudança do nível de maturidade da cultura de segurança.

Costa *et al.* (2018) destacam ainda que para o alcance de cultura de segurança positiva, são necessárias ações de melhoria que envolvam a gestão e as chefias no que se refere a: percepção geral da segurança; expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança; abertura da comunicação; apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente e trabalho em equipe entre as unidades.

A influência organizacional, formada pelas decisões da alta administração, têm impacto sobre a segurança de todo o sistema assistencial e produção do cuidado. Condições de trabalho como supervisão, comunicação, equipamentos, conhecimento e habilidade são fatores relevantes para a segurança do paciente e são diretamente afetadas pelos processos organizacionais e decisões gerenciais (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

A hierarquia foi apontada pelos participantes como um fator que contribui para os problemas de comunicação. Boughaba *et al.* (2019) refere que os baixos percentuais de resposta positiva associados à “abertura da comunicação” podem estar ligados à relação rígida entre trabalhadores e gestores.

As relações de poder dentro dos serviços de saúde são observadas entre categorias profissionais como médicos e enfermeiros e na própria estrutura hierárquica da organização, entre liderança e subordinados (SANTIAGO; TURRINI, 2015). No contexto militar, a questão hierárquica é bastante definida, e pode contribuir para uma avaliação menos positiva da abertura da comunicação, como foi salientado pelo GF. Para Sousa e Mendes (2019), a

cultura organizacional, a hierarquia rígida e a ausência de competências individuais são fatores que, sem dúvida, contribuem fortemente para os erros operacionais.

Embora a “Resposta não punitiva ao erro” tenha aparecido como dimensão neutra, alguns participantes expressaram preocupação com a punição, o que pode ter refletido na “Frequência de eventos notificados”, uma vez que essa dimensão está negativamente associada ao medo da punição.

A cultura de culpabilização caracteriza-se pela tendência de culpar o indivíduo pela ocorrência de um erro, e representa importante fragilidade na cultura das organizações, porque inviabiliza ou dificulta identificação dos problemas de segurança. Temendo ser punido ou culpabilizado, o profissional não se sente encorajado a notificar/relatar os incidentes e eventos adversos. Logo, o ambiente de aprendizagem contínuo, preconizado por uma cultura de segurança fortalecida, torna-se inviável (REIS, 2019).

Diante da reestruturação necessária dos Serviços de Emergência para o enfrentamento da pandemia da COVID-19, o processo de trabalho, a rotina e o fluxo de atendimento nos serviços foram impactados grandemente (BRANCO *et al.*, 2020; QUAH *et al.*, 2020; VIANNA *et al.*, 2022). A insuficiência dos recursos materiais e sua qualidade constituem uma limitação para desenvolver uma prática segura (SIMAN, *et al.*, 2019). O desabastecimento, que foi vivenciado por muitas instituições de saúde mundialmente, também apareceu na fala dos participantes do Grupo Focal, na fase inicial da pandemia da COVID-19.

E o cuidado aos pacientes nesse cenário é considerado particularmente propenso a eventos adversos devido aos fatores inerentes à tarefa, ao ambiente e ao paciente. No entanto os erros médicos surgem predominantemente por problemas de sistema e processo, ao invés de falhas humanas individuais (IM; AARONSON, 2020).

A pandemia da COVID-19 exerceu uma pressão excessiva sobre os profissionais de saúde que atuam na linha de frente e sobre os hospitais, colocando-os sob estresse emocional crônico, afetados por esgotamento, sofrimento moral e problemas interpessoais com colegas ou supervisores, podendo ocasionar níveis mais baixos de segurança do paciente (BRBOROVIĆ, O.; BRBOROVIĆ, H.; HRAIN, 2022).

Nesse contexto, a segurança de pacientes e profissionais se tornou um desafio durante a pandemia. Para Fassarella (2021), diversos riscos para os profissionais deverão ser enfrentados, entre eles desgastes físicos, psíquicos e emocionais, infecções associadas aos cuidados de saúde, violência, estigma, doenças e até mesmo a morte. A autora relata que trabalhar em um ambiente estressante pode tornar os profissionais de saúde mais sujeitos a falhas que podem causar danos ao paciente.

Durante a pandemia, foram evidenciados vários problemas de segurança do paciente como: baixa abertura de comunicação e resposta punitiva a erros, o que pode ter desestimulado os profissionais de saúde a notificarem os eventos adversos. Houve falta de apoio dos supervisores/gestores, enquanto os profissionais de saúde precisavam que seus supervisores estivessem disponíveis, visíveis na linha de frente e criando um ambiente de confiança, segurança psicológica e empoderamento (BRBOROVIĆ, O.; BRBOROVIĆ, H.; HRRAIN, 2022).

Para a melhoria da cultura de segurança é necessária a realização de treinamentos e capacitações, dimensionamento adequado de pessoal, avanços na comunicação e aproximação da gestão e equipes (MORETÃO, 2019). Os programas de treinamento e capacitação melhoram os valores obtidos nos escores de segurança do paciente entre os profissionais (REIS, 2019).

Diante do exposto, a COVID-19 pode ter exercido influência negativa na percepção da cultura de segurança por parte dos profissionais de saúde, ao considerarmos o contexto no qual o estudo foi realizado.

A partir dos resultados encontrados, foi proposto pelo GF um plano de ação, construído de maneira coletiva, direcionado para a realidade do campo desta pesquisa, cujo objetivo é fortalecer a cultura de segurança e estimular a notificação de incidentes, com vistas a ofertar aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha um atendimento seguro e de qualidade.

Sousa e Mendes (2019) indicam que cultura de segurança aplicada à saúde tem um componente de percepção e outro associado aos comportamentos de segurança; que existem camadas ou ambientes de cultura que são setoriais, mas cujos valores são comuns e baseados numa atitude permanente de notificação sem culpa, com foco no sistema, de aprendizagem e redesenho e de geração de conhecimento aplicável.

O plano de ação foi construído a partir da ferramenta de gestão 5W2H, pela equipe multiprofissional da emergência, a saber: seis técnicos de enfermagem, cinco enfermeiros, um médico e um fisioterapeuta, todos com nível superior completo e com pelo menos três anos de experiência atuando em emergência hospitalar. A atuação multiprofissional agrega conhecimento à prática que se pretende transformar (PAIXÃO, 2017).

Durante a construção do plano de ação foi possível inferir a integração da equipe, principalmente pela forma com que, quando evidenciavam uma necessidade de melhoria o discurso, era no sentido de buscar estratégias a serem implementadas de forma coletiva, e não pontuando fragilidades específicas de cada categoria.

Reeves, Xyrichis e Zwarenstein (2018) ressaltam a necessidade da interação entre todos os membros das instituições hospitalares, como gestores, profissionais e pacientes, considerando que a interação humana promove a construção de novos conhecimentos ou a reformulação de outros antes evidenciados e que o trabalho em saúde demanda a permanente articulação de saberes e práticas profissionais com vistas a construir um modelo de saúde mais integral e seguro.

Foram elaboradas nove linhas de ação, a partir de cada dimensão considerada frágil na primeira fase deste estudo. As estratégias e ações foram propostas de forma a envolver os profissionais das áreas assistenciais e administrativas, dos tripulantes à alta administração.

Isso corrobora o entendimento de Sousa e Mendes (2019), que afirmam que as ações de segurança do paciente devem ser exercidas em equipe, com forte componente de auto-organização e perfeita comunicação, com o envolvimento de todos os membros, a cada nível, de modo inclusivo, incorporando as normas e preocupações com a segurança nos “genes” da organização, que assim se tornará, de fato, segura.

Pela relevância do tema e pela preocupação com a segurança dos pacientes, com o apoio da direção do hospital, algumas ações propostas pelo Grupo Focal já foram implementadas institucionalmente pelo NSP, como, por exemplo:

1- Disponibilização de formulários online para notificação de: incidentes relacionados à assistência à saúde; queixa técnica de material, equipamento e medicamentos; reação adversa e inefetividade terapêutica de medicamentos. Antes somente o formulário de notificações de incidentes era disponibilizado digitalmente. Agora, todos os profissionais efetivos ou terceirizados têm acesso aos formulários de notificação por meio da intranet. Os pacientes e acompanhantes também têm acesso aos formulários por meio do QR -CODE disponível nos folders fixados em locais de grande circulação.

A notificação de incidentes se destaca como forma de promoção de aprendizado organizacional (SILVA *et al*, 2016). Além disto, para identificar um evento adverso, que põe em risco a vida do paciente e notificá-lo, é necessária maturidade profissional e conduta ética (SANTOS, R., 2019).

2- Foram intensificados os treinamentos e a educação continuada, pelo NSP, para instruir os profissionais sobre como notificar; sobre os locais onde estão disponibilizados os formulários de notificação; sobre o que notificar; sobre a importância da notificação para melhoria dos processos, bem como para apresentar o Plano e a Política de Segurança do Paciente e seus protocolos, estruturados a partir das metas internacionais de Segurança do

Paciente. Os pacientes e acompanhantes recebem orientações sobre segurança e notificação de incidentes durante as visitas realizadas pela equipe do NSP.

Cardoso, Silva e Jardim (2020) destacam a necessidade da implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente nas instituições hospitalares, no que se refere ao desenvolvimento de ações preventivas e educação continuada para a equipe de saúde, buscando promover a qualidade do atendimento.

A educação é uma prática essencial na construção de uma assistência mais segura e de qualidade. No entanto, a educação permanente em saúde ainda é apontada como coadjuvante no contexto da implantação de ações de segurança e de qualidade nas instituições hospitalares (ALZHRANI; JONES; ABDEL-LATIF, 2019).

O reconhecimento dos erros e o fortalecimento do trabalho em equipe, com o estímulo à educação permanente e a inserção transversal do tema na formação profissional, são estratégias para construção e fortalecimento da cultura da segurança do paciente (WEGNER *et al.* 2016).

3- Com o intuito de disseminar a cultura de segurança com ênfase na cultura justa e na abordagem não punitiva ao erro, tem sido concitado aos profissionais que notifiquem detalhadamente o incidente, mas com a ressalva de que não há necessidade da identificação do notificador, nem do nome profissional envolvido; os chefes de departamento e serviços também estão sendo estimulados a buscar a melhoria dos processos tanto pelo NSP quanto pela direção nos Conselhos de Gestão.

A disponibilização dos formulários de notificação em meio digital e a não obrigatoriedade de identificação do notificador/notificado têm contribuído para que as notificações não sejam utilizadas como forma de punição, e sim como uma oportunidade de aprendizado e melhoria.

De acordo com Costa *et al.* (2018), é a partir das notificações que serão identificados processos de trabalho que precisam ser revisados ou reestruturados, bem como se trabalharão estratégias e formas que priorizem a segurança do paciente, minimizando a recorrência dos erros e aprimorando a qualidade da assistência.

Nesse contexto, o reconhecimento, pela instituição, dos seus serviços e suas vulnerabilidades é essencial para realização do planejamento de condutas eficazes e seguras (FRANÇOLIN, *et al.*, 2015).

O reconhecimento e a confirmação de erros são princípios essenciais para a educação em segurança do paciente. Essas ações colaboram para a identificação prévia do erro, no

planejamento de intervenções e na posterior tomada de decisão, buscando garantir, assim, a não omissão por parte da equipe (WEGNER, *et al.*, 2016).

4 - Já havia sido implementada, porém intensificou-se a divulgação dos treinamentos de comunicação efetiva; e já se encontra em processo de construção o protocolo de transição do cuidado e transferências internas, que utilizará a ferramenta SBAR (Situação, Breve histórico, Avaliação e Recomendação) para padronizar a troca de informações sobre os pacientes.

Rowlands e Callen (2013) destacam que, entre os principais desafios encontrados para a comunicação efetiva no trabalho em equipe na área de saúde, estão: a diversidade na formação dos profissionais, em que o treinamento para comunicação pode diferir entre os indivíduos; a tendência de profissionais de uma mesma categoria se comunicarem mais uns com os outros e o efeito da hierarquia, geralmente com o médico ocupando posição de maior autoridade, situação que pode inibir os demais membros da equipe interdisciplinar.

A utilização da ferramenta SBAR, de melhoria da qualidade, para as passagens de plantão, é considerada um instrumento norteador para os componentes indispensáveis que devem ser passados de turno para turno, a fim de evitar que informações importantes passem despercebidas (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Criar estratégias que possam favorecer a comunicação efetiva e a transição segura do cuidado é fundamental para a qualidade da assistência prestada. De acordo com Farias, Santos e Góis (2018), profissionais prestadores de cuidados de saúde têm dificuldades de manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe e, conseqüentemente, a segurança do paciente.

5- Está prevista para o segundo semestre de 2022 a realização do diagnóstico institucional sobre percepção de segurança do paciente através da aplicação do HSOPSC por meio digital.

A realização de uma pesquisa que identifique a percepção da cultura de segurança na instituição é um subsídio para formulação de estratégias que podem ser desenvolvidas objetivando a melhoria da cultura de segurança, as quais devem ser elaboradas, primordialmente, para suprir as carências previamente identificadas, com público e área específicas (KOLANKIEWICZ *et al.*, 2020).

A implementação de ações sugeridas pelo Grupo Focal, através do plano de ação, trouxe um reforço positivo para os participantes, que perceberam que faziam parte do processo de melhoria e se sentiram valorizados ao serem ouvidos, além de já ter refletido no aumento de cerca de 30% no número de incidentes notificados.

CONCLUSÃO

A necessidade de reestruturação física e dos processos assistenciais se tornou fundamental para a garantia do cuidado adequado às necessidades dos pacientes acometidos por COVID-19 à igual necessidade do atendimento seguro e de qualidade aos pacientes sem essa afecção. Diante do exposto, confirma-se a tese de que: a segurança do paciente nos Serviços de Emergência é um desafio para profissionais e gestores, que foi potencializado em decorrência da pandemia pela COVID-19.

Dentro desse contexto, este estudo foi conduzido com o objetivo principal de investigar a percepção sobre a cultura de segurança do paciente no Serviço de Emergência de um hospital militar em tempos de pandemia da COVID-19, que foi atingido a partir da integração dos dados das etapas quantitativa e qualitativa, previstas pela metodologia proposta, uma pesquisa de métodos mistos, que se mostrou eficaz para elucidar a complexidade do tema. O desenho sequencial explanatório atendeu ao propósito de explicar os resultados iniciais com maior profundidade e produzir inferências congruentes.

A maioria dos estudos a cerca da percepção de segurança do paciente restringem-se a realizar o diagnóstico situacional. Este, se propôs ir além e sugerir estratégias, através de um plano de ação para fortalecer a cultura de segurança da unidade.

O primeiro objetivo específico, identificar a percepção da cultura de segurança pela equipe multiprofissional do serviço de emergência de um hospital militar em tempos de pandemia da COVID-19, foi alcançado com a aplicação do questionário HSOPSC, que identificou as fragilidades, fortalezas e oportunidades de melhoria, considerando as dimensões de segurança do paciente.

Houve predomínio nas dimensões consideradas frágeis, a saber: “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores”; “Retorno informação e comunicação a respeito de erro”; “Abertura de comunicação – melhoria contínua; “Profissionais (quadro de pessoal)”; “Suporte da gestão para a segurança do paciente”; “Trabalho em equipe entre as unidades”; “Passagem de plantão ou transferências internas”; “Percepções gerais sobre segurança do paciente”; e “Frequência de eventos notificados”.

Somente “Trabalho em equipe dentro da unidade” foi considerada como dimensão forte. “Aprendizado organizacional”; e “Resposta não punitiva ao erro” foram consideradas dimensões neutras.

Os resultados encontrados se assemelham aos que aparecem na literatura nacional e internacional, mas alguns aspectos podem ter influenciado os achados, pela natureza militar da instituição estudada, como a abordagem não punitiva ao erro e a hierarquia bem definida, que inclusive é um dos pilares das Forças Armadas.

A “Abordagem punitiva ao erro” é uma dimensão que tem tido especial atenção por parte da alta administração da instituição, que tem concitado aos chefes de serviço e departamentos um olhar mais voltado para a cultura justa e para a melhoria do processo. No entanto, percebeu-se, pelos dados extraídos, que essa orientação precisa ser internalizada pelas chefias e mais bem difundida entre os profissionais.

A consecução do segundo objetivo específico: discutir com a equipe a percepção sobre as dimensões da cultura de segurança identificadas no serviço de emergência de um hospital militar, foi possível pela escolha da pesquisa participante, através das discussões do GF. A partir da análise lexical dos discursos produzidos nessas discussões emergiram as classes, que possibilitaram a integração com os resultados quantitativos.

O terceiro objetivo específico: construir com a equipe multiprofissional da emergência de um hospital militar um plano de ação, considerando a percepção das dimensões de cultura de segurança consideradas frágeis em tempos da COVID-19, foi atingido.

Durante a realização do GF, a partir dos entendimentos oriundos das discussões, foi elaborado um plano de ação, orientado pela ferramenta 5W2H, propondo estratégias para fortalecer as dimensões da cultura de segurança evidenciadas como frágeis.

Podem-se apresentar como limitações deste estudo: o fato da coleta dos dados quantitativos e a condução do grupo focal ter sido realizada pela própria pesquisadora, que exerce sua atividade laboral na instituição estudada como membro do Núcleo de Segurança do Paciente. No entanto, esta limitação não enfraquece a consistência dos dados, que encontra respaldo na literatura internacional.

O fortalecimento da cultura organizacional deve ser um objetivo estratégico da alta administração das instituições de saúde. Metas de indicadores de desempenho devem ser traçados, com vistas a atingir esse objetivo. Concitar os colaboradores a participarem das ações de segurança do paciente, bem como fornecer meios e infraestrutura para que atuem de forma segura é fundamental, para a prestação do cuidado seguro.

Espera-se que este estudo possa contribuir para o ensino, para a assistência e para a pesquisa, uma vez que identificar os múltiplos fatores que colocam em risco a segurança do paciente possibilita a implementação de medidas que assegurem um cuidado à saúde livre de danos evitáveis, além de estabelecer processos educativos mais efetivos e possibilitar o

estabelecimento de evidências que apontem as necessidades de aprimoramento do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Boletim segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde n° 20**: incidentes relacionados à assistência à saúde – 2018. Brasília, DF: ANVISA, 2019. Disponível em: <https://bityli.com/RGhDHw>. Acesso em: 20 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. Brasília, DF: ANVISA, 2017. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=ODk0OQ%2C%2C>. Acesso em: 26 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde**. Brasília, DF: ANVISA; 2014. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Disponível em: <https://segurancadopaciente.com.br/wp-content/uploads/2015/09/ebook-anvisa-06-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução - RDC n°63 de 25 de novembro de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Brasília, DF: ANVISA 2011. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/RDC_2011-63.pdf. Acesso em 22 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução - 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: ANVISA, 2013. Disponível em: <https://bityli.com/zExgIx>. Acesso em: 23 ago. 2022.

ALQATTAN, Hamad; CLELAND, Jennifer; MORRISON, Zoe. An evaluation of patient safety culture in a secondary care setting in Kuwait. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, v.13, n.3, p. 272–280. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1658361218300192>. Acesso em 22 ago. 2022.

ALVES, Juliana Carvalho Tavares *et al.* Impacto da pandemia da COVID-19 na epidemiologia pediátrica. **Residência Pediátrica**, v. 10, n. 3, p. 1-4, 2020. Disponível em: 10.25060/residpediatr-2020.v10n3-382. Acesso em: 22 ago. 2022.

ALVES, Mayara; SILVA, Adriano da; MENDES. **Boletim BiblioCovid**: o SUS no combate à Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz/Icict/Rede de Bibliotecas, v. 2, n. 1, jan. 2021. 12 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/45842>. Acesso em: 19 ago. 2022.

ALZHRANI, Naif.; JONES, Russel.; ABDEL-LATIF, Mohamed E. Attitudes of doctors and nurses toward patient safety within emergency departments of a Saudi Arabian hospital: a qualitative study. **Healthcare**, v. 7, n. 1, Mar. 2019. Disponível em: [10.3390/healthcare7010044](https://doi.org/10.3390/healthcare7010044). Acesso em: 20 ago. 2022.

ANDRADE, Luiz Eduardo Lima de *et al.* Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.26, n. 3, p. 455-68, jul./set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300004>. Acesso em: 24 ago. 2022.

ANDRADE, Luiz Eduardo Lima de *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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>. Acesso: 09 jun. 2020.

ARAÚJO, Simone *et al.* Compreensões da enfermagem sobre segurança do paciente idoso hospitalizado na emergência em tempos de Covid-19. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 38, p. 1-16, 2022. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1369>. Acesso em: 20 ago. 2022.

ATUEL, Hazel R.; CASTRO, Carl A. Military cultural competence. **Clinical Social Work Journal**, v. 46, p. 74-82, Jan. 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10615-018-0651-z>. Acesso em: 23 ago. 2022.

BAGNASCO, Annamaria *et al.* Identifying and correcting communication failure among health professional working in the Emergency Department. **International Emergency Nursing**, v. 21, n. 3, p.168-72, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23207054/>. Acesso em: 22 ago. 2022.

BAUMAN, Zygmunt. Culture and management. **Parallax**, v. 10, n.2, p. 63-72, 2004. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1353464042000208521>. Acesso em: 25 ago. 2022.

BISHOP, Andrea C.; BOYLE, Todd A. The role of safety culture in influencing provider perceptions of patient safety. **Journal of Patient Safety**, v.12, n. 4, p. 204-209, Dec. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24618647/>. Acesso em: 23 ago. 2022.

BOOTH, Andrew *et al.* COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative studies). In: MOHER, David *et al.* (ed.). **Guidelines for reporting health research: a user's manual**. Oxford: John Wiley & Sons, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/9781118715598.ch211>. Acesso em: 24 ago. 2020. p.214-226.

BOSERUP, Brad; MCKENNEY, Mark , ELKBULI, Adel. The impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits and patient safety in the United States. **The American Journal of Emergency Medicine**, v. 38, n. 9 p. 1732-1736, Sept. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32738468/>. Acesso em: 24 ago. 2022.

BOUGHABA, Assia *et al.* Study of safety culture in healthcare institutions: case of an Algerian hospital. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 32, n. 7, p. 1081-1097, Aug. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31411092/>. Acesso em: 26 ago. 2022.

BRANCO, Aline *et al.* Serviço de emergência hospitalar SUS: fluxos de atendimento a pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, p. 199-204, 2020. Especial. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3759>. Acesso em: 19 ago. 2022.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues; STRECK, Danilo Romeu. Participar-pesquisar. *In*: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org.). **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 7-14.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues; STRECK, Danilo Romeu. **Pesquisa participante**: a partilha do saber. São Paulo, Aparecida: Idéias e Letras, 2006.

BRAQUEHAIS Antonio de Paula *et al.* O papel da cultura organizacional na gestão do conhecimento: revisão de literatura de 2009 a 2015. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 7, p. 80-93, mar. 2017. Especial. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc/article/view/32944/17293>. Acesso em: 27 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde**. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>. Acesso em: 01 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas**: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_sistematica.pdf. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRBOROVIĆ, Ognjen; BRBOROVIĆ, Hana; HRAIN, Leonarda. The covid-19 pandemic crisis and patient safety culture: a mixed-method study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 4, p. 2237, Feb. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35206429/>. Acesso em: 26 ago. 2022.

BRENNAN, Troyen A. *et al.* Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard medical practice study I. **New England Journal of Medicine**, v. 324, p. 370-376, Feb, 1991. Disponível em:

[https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199102073240604#:~:text=of%20the%20physicians.-,Results,interval%2C%2022.5%20to%2032.6\).](https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199102073240604#:~:text=of%20the%20physicians.-,Results,interval%2C%2022.5%20to%2032.6).) Acesso em 22 ago. 2022.

CALDANA, Graziela *et al.* Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 24, n. 3, jul./set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cM8Vn6jCdvq4zLWDsqNzzhd/abstract/?lang=pt>. Acesso em 23 jul. 2019.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-18, dez. 2013b. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016. Acesso em: 20 ago. 2020.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Santa Catarina: LACCOS/UFSC, 2013a. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 21 ago 2021.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ**. Santa Catarina: LACCOS/UFSC, 2016. Disponível em: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf. Acesso em: 26 ago. 2022.

CARDOSO, Luciane Sousa Pessoa; SILVA, Andressa Arraes; JARDIM, Mara Julyete Arraes. Atuação do Núcleo de Segurança do Paciente no enfrentamento da COVID-19 em uma unidade hospitalar. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, p. 217-221, ago. 2020. Especial. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3782/831>. Acesso em: 11 nov. 2020.

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de *et al.* Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100310&lng=en. Acesso em: 20 maio 2020.

CEVALLOS, Myriam; EGGER, Matthias. STROBE (STrengthening the reporting of observational studies in epidemiology). In: MOHER, David *et al.* (ed.). **Guidelines for reporting health research: a user's manual**. Oxford: John Wiley & Sons, 2014. p. 169-179. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/9781118715598.ch17>. Acesso em: 24 ago. 2022.

CHAKRAVARTY, Abhijit *et al.* A study of assessment of patient safety climate in tertiary care hospitals. **Medical Journal Armed Forces India**, v. 71, n. 2, p. 152–157, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4388984/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

CHANG, Hyunlan; KANG, Min Woo; PAEK, So Hyun. Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department utilization patterns in South Korea: a retrospective observational study. **Medicine (Baltimore)**, v. 101, n. 8, Feb. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35212313/>. Acesso em: 23 ago. 2022.

COLLA, Judith *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. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744072/>. Acesso em: 19 ago. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2022.

COSTA, Daniele Bernardi da *et al.* Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>. Acesso em: 26 ago. 2022.

COX, Sue; FLIN, Rhona. Safety culture: philosopher's stone or man of straw? **Work & Stress**, v.12, n. 3, p. 189-201, 1998. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678379808256861>. Acesso em: 23 ago. 2022.

CRESWELL, John W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CRESWELL, John W.; CLARK, Vicki L. Plano. **Designing and conducting mixed methods research**. 3th ed. Califórnia: Sage publications, 2017.

CRESWELL, John W.; CLARK, Vicki L. Plano. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 276p.

CRESWELL, John W.; CRESWELL, David. **Projeto de Pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2021. E-pub.

CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida *et al.* Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-879967>. Acesso em: 26 ago. 2022.

DAL POZZO, Monique Junges. **Educação permanente em saúde**: estratégias para implementar protocolos de segurança do paciente em um hospital público. 2014. 79 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/3911?show=full>. Acesso em: 22 ago. 2022.

DAMAYANTI, Rizky Anggraita; BACHTIAR, Adang. Outcome of patient safety culture using the hospital survey on patient safety culture (HSOPSC) in Asia: a systematic review with meta analysis. *In*: INTERNATIONAL CONFERENCE ON APPLIED SCIENCE AND HEALTH, 4., 2019, Nakhon Pathom, Thailand. **Proceedings** [...]. Nakhon Pathom, Thailand: ICASH, 2019. Disponível em: <https://garuda.kemdikbud.go.id/documents/detail/1249251>. Acesso em: 26 ago. 2022.

DANIELSSON, Marita *et al.* A national study of patient safety culture in hospitals in Sweden. **Journal of Patient Safety**, v. 15, n. 4, p. 328-333, Dec. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28234728/>. Acesso em: 25 ago. 2022.

DICUCCIO, Margaret Hardt. The relationship between patient safety culture and patient outcomes: a systematic review. **Journal of Patient Safety**, v. 11, n. 3, p. 135-142, Sept. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24583952/>. Acesso em: 26 ago. 2022.

DONABEDIAN, Avendis. **Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment.** Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980. v. 1.

ELMONTSRI, Mustafa *et al.* Status of patient safety culture in Arab countries: a systematic review. **BMJ Open**, v. 7, n. 2, 2017. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/2/e013487>. Acesso em: 23 ago. 2022.

FAN, Caleb J. *et al.* Association of safety culture with surgical site infection outcomes. **Journal of the American College of Surgeons**, Chicago, v. 222, n. 2, p. 122-128, Feb. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26712245/>. Acesso em: 19 ago. 2022.

FARIAS, Elisciane Santos; SANTOS, Jéssica Oliveira; GÓIS, Rebecca Maria Oliveira. Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde – UNIT - SERGIPE**, v. 4, n. 3, p. 139-139, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5168>. Acesso em: 26 ago. 2022.

FERREIRA, Catarina Isabel Gomes Mendes *et al.* Podemos falar de segurança do paciente durante uma pandemia? Uma experiência portuguesa. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v.10, n.1, p. 129-148, jan./mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v10i1.682>. Acesso em: 20 ago. 2022.

FASSARELLA, Cíntia Silva. **Avaliação da cultura de segurança do paciente em ambiente hospitalar: estudo comparativo em hospital universitário e público do Rio de Janeiro e do Porto.** 2016. 240 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/11117>. Acesso em: 26 ago. 2022.

FASSARELLA, Cíntia Silva *et al.* Cultura de segurança dos enfermeiros entre os serviços de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 767-773, maio/jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0376>.

FASSARELLA, Cíntia Silva. Cultura organizacional de segurança na pandemia pela COVID-19. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 5, n. 5, 2021. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388266931001/html/>. Acesso em: 26 ago. 2022.

FEREZIN, Tatiana Paula Miguelaci *et al.* Análise da notificação de eventos adversos em hospitais acreditados. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49644>. Acesso em: 26 ago. 2022.

FERNANDES, Jackson Ribeiro *et al.* Queda na taxa de internação hospitalar por infarto agudo do miocárdio na pandemia por COVID-19. **Seminário de Iniciação Científica e Seminário Integrado de Ensino, Pesquisa e Extensão**, [S. l.], p. e26048, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/siepe/article/view/26048>. Acesso em: 22 ago. 2022.

FIGUEIREDO, Bárbara Queiroz de *et al.* Queda no número de diagnósticos de câncer durante a pandemia COVID-19: estágio e prognóstico prejudicados. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 11, p. e273101119762, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19762>. Acesso em: 28 jun. 2022.

FLEURY, Maria Tereza Leme. O desvendar a cultura de uma organização: uma discussão metodológica. In: FLEURY, Maria Tereza Leme; FISCHER, Rosa Maria (coord.). **Cultura e poder nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1989. p. 15-27.

FRAGATA, José; MARTINS, Luís. **O erro em medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade**. 3. ed. Coimbra: Almeirinda, 2008. 328 p.

FRANÇOLIN, Lucilena *et al.* Eventos adversos e ferramentas para melhoria da segurança assistencial da enfermagem. **CuidArte Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 74-79, jul./dez. 2010. Disponível em: <http://www.fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidArte%20Enfermagem%20v.%204%20n.%202%20jul.dez%202010.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2022.

FREITAS, Henrique O. *et al.* O método de pesquisa survey. **Revista de Administração**, São Paulo, v.35, n.3, p.105-112, jul./set. 2000. Disponível em: <http://rausp.usp.br/wp-content/uploads/files/3503105.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

FUKUSHIGUE, Kelly Aiko. **Segurança do trabalho: uma proposta de um framework integrador entre níveis de maturidade de cultura de segurança do trabalho, perfis de liderança e Análise Hierárquica de Processos (AHP)**. 2019. 108 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2019. Disponível em: <http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/handle/1/4130>. Acesso em: 26 ago. 2022.

GALVÃO, Taís Freire *et al.* Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>. Acesso em: 26 ago. 2022.

GHERMANDI, Filippo. **Gestão da qualidade, o segredo para a melhoria contínua**. [S. l.]: Luz Lab de Ideias, 2017. Disponível em: <https://blog.luz.vc/o-que-e/gestao-da-qualidade/#1>. Acesso em: 02 ago 2022.

GIAMELLO, Jacopo Davide *et al.* The emergency department in the COVID-19 era. who are we missing? **European Journal of Emergency Medicine**, v. 27, n. 4, p. 305-306, Aug. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32345851/>. Acesso em: 24 ago. 2022.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Natália de Lacerda. **A dimensão da educação nacional**: um estudo sócio-histórico sobre as estatísticas oficiais da escola brasileira. 2007. 409 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: doi:10.11606/T.48.2007.tde-31052007-112812. Acesso em: 26 ago. 2022.

GOMES, Andréa Tayse de Lima *et al.* Erro humano e cultura de segurança à luz da teoria “queijo suíço”: análise reflexiva. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 10, p. 3646-3652, set. 2016. Supl. 4. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11139/12639>. Acesso em: 25 ago. 2022.

GUETTERMAN, Timothy C.; FETTERS, Michael D.; CRESWELL, John W. Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint displays. **Annals of Family Medicine**, v. 13, n. 6, p. 554–561, Nov. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.1865>. Acesso em: 26 ago. 2022.

HARMON, Katherine J. *et al.* The impact of the COVID-19 pandemic on the utilization of emergency department services for the treatment of injuries. **The American Journal of Emergency Medicine**, v. 47, p. 187-191, Sept. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33892334/>. Acesso em: 23 ago. 2022.

HARRISON, Robert L.; REILLY, Timothy M.; CRESWELL, John. W. Methodological rigor in mixed methods: an application in management studies. **Journal of Mixed Methods Research**, Feb. 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1558689819900585>. Acesso em: 25 ago. 2022.

HARTNETT, Kathleen P. *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on Emergency Department Visits - United States, January 1, 2019-May 30, 2020. **MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 69, n. 23, p. 669-704, June 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32525856/>. Acesso: 22 ago. 2022.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION. **ACSNI human factors study group**: third report: organising for safety. HMSO: London, 1993.

HONG, Quan Nha *et al.* The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. **Education for Information**, v. 34, n. 4, p. 285-291, Dec. 2018. Disponível em: <https://content.iospress.com/articles/education-for-information/efi180221>. Acesso em: 24 ago. 2022.

HUANG, Chih-Hsuan *et al.* The perceptions of physicians and nurses regarding the establishment of patient safety in a regional teaching hospital in Taiwan. **Iranian Journal of Public Health**, v. 47, n. 6, p.852-860, June 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30087871/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

IM, Dana; AARONSON, Emily. Best practices in patient safety and communication. **Emergency Medicine Clinics**, v. 38, n. 3, p. 693-703, Aug. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32616288/>. Acesso em: 26 ago. 2022.

INGHAM-BROOMFIELD, Rebecca. A nurses' guide to mixed methods research. **Australian Journal of Advanced Nursing**, v. 33, n. 4, p. 46-52, 2016. Disponível em: <https://www.ajan.com.au/archive/Vol33/Issue4/5Broomfield.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2022.

JACHETTI, Alessandro *et al.* Emergency department reorganisation to cope with COVID-19 outbreak in Milan university hospital: a time-sensitive challenge. **BMC Emergency Medicine**, v. 21, n. 74, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00464-w>. Acesso em: 20 ago. 2022.

JIANG, Kexin *et al.* A cross-sectional survey on patient safety culture in secondary hospitals of Northeast China. **Plos one**, v. 14, n. 3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213055>. Acesso em: 20 ago. 2022.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **About JCI**: who we are. Oak Brook: JCI, 2022. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-we-are/>. Acesso em: 22 ago. 2022.

JUSTO, Ana Maria; CAMARGO, Brigido Vizeu. Estudos qualitativos e o uso de softwares para análises lexicais. In: Novikoff, C.; Santos, S. R. M. & Mithidieri, O. B.(org.) **Caderno de artigos: XSIAT & II Serpro**. Duque de Caxias, RJ: UNIGRANRIO, 2014. p. 37-54. Disponível em: <https://bityli.com/eabcADW>. Acesso em: 26 ago. 2022.

KÄLLBERG, Ann-Sofie *et al.* Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department. **International Emergency Nursing**, v. 33, p. 14–19, July 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28256336/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

KALTEH, Haji Omid *et al.* The relationship between safety culture and safety climate and safety performance: a systematic review. **International Journal of Occupational Safety and Ergonomics**, v. 27, n. 1, p. 206–216. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30526393/>. Acesso em: 26 ago. 2022.

KOHN, Linda T.; CORRIGAN, Janet M.; DONALDSON, Molla S. (ed.). **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy of Institute of Sciences, 2000. 287p. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>. Acesso em 22 ago. 2022.

KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat *et al.* Patient safety culture from the perspective of all the workers of a general hospital. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190177>. Acesso em: 26 ago. 2022.

LAHLOU, Saadi. L'analyse lexicale. **Variances**, v. 3, p. 13-24, 1994. Disponível em: [http://eprints.lse.ac.uk/32941/1/L%27analyse_lexicale_\(lsero\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/32941/1/L%27analyse_lexicale_(lsero).pdf). Acesso em: 25 ago. 2022.

LAHLOU, Saadi. Text mining methods: an answer to chartier and meunier. **Papers on Social Representations**, v. 20, n. 38, p. 1-7, 2001. Disponível em: [http://eprints.lse.ac.uk/46728/1/Text%20mining%20methods\(lsero\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/46728/1/Text%20mining%20methods(lsero).pdf). Acesso em: 20 ago. 2020.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. 16. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

LE BOTERF, Guy. Pesquisa participante: propostas e reflexões metodológicas. *In*: BRANDÃO, Carlos Rodrigues. (org.). **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

LEE, Soo-Hoon *et al.* Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 254, July 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27405226/>. Acesso em: 26 ago. 2022.

LEOPARDI, Maria Tereza *et al.* **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001.

LOWEN, Ingrid Margareth Voth *et al.* Competências gerenciais dos enfermeiros na ampliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 6, p. 967-973, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/WqWxSrQyqzV9Ssd4Mw5mgdM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2022.

MACEDO, Taise Rocha *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. 756-762, out. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/DCgrxwSp8vyDVKkDVw7H9GS/?lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2020.

MAGALHÃES, Felipe Henrique de Lima *et al.* Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. Especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/rh39BPw7dDGvpVNzWDrfqCH/?lang=pt>. Acesso em: 22 ago. 2022.

MARQUES, Marcos. **O que são as ferramentas de qualidade e qual a importância para seu negócio?** Goiânia, GO: MM, 2017. Disponível em: <http://marcusmarques.com.br/estrategias-de-negocio/ferramentas-de-qualidade-qual-importancia-negocio>. Acesso em: 02 ago. 2022.

MARTINS, Cláudia Cristiane Filgueira *et al.* The nursing team's interpersonal relationships v. stress: limitations for practice. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 287-293, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/36985/22757>. Acesso em: 20 jul. 2020.

MEDRONHO, Roberto A. *et al.* **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

MELLO, Janeide Freitas de; BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem** v. 22, n. 4, p. 1124-1133, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>. Acesso em: 28 ago. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407p.

MOHER, David *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS medicine**, v. 6, n. 7, July 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>. Acesso em 20 ago. 2022.

MORETÃO, Diene Ines Carvalho. **A cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de um hospital de ensino da rede pública de saúde**. 2019. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da UFMG, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/ENFC-BBTR7U>. Acesso em: 26 ago. 2020.

MORTES e casos conhecidos de coronavírus no Brasil e nos estados: onde as mortes estão subindo, em estabilidade e em queda. **G1**, [s. l.], 2021. Bem Estar: Coronavírus. Consórcio de veículos de imprensa a partir de dados das secretarias estaduais de Saúde. Disponível em: <https://especiais.g1.globo.com/bemestar/coronavirus/estados-brasil-mortes-casos-media-movel/>. Acesso em: 10 mar. 2021.

MORTES e casos conhecidos de coronavírus no Brasil e nos estados: onde as mortes estão subindo, em estabilidade e em queda. **G1**, [s. l.], 2022. Bem Estar: Coronavírus. Consórcio de veículos de imprensa a partir de dados das secretarias estaduais de Saúde. Disponível em: <https://especiais.g1.globo.com/bemestar/coronavirus/estados-brasil-mortes-casos-media-movel/>. Acesso em: 19 maio 2022.

MOURA, Luana Kelle Batista *et al.* Revisão integrativa sobre o câncer bucal. **Journal of Research Fundamental Care Online**, v. 6, n.5, p. 164-175, dez. 2014. Supl. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4516>. Acesso em: 25 ago. 2022.

NASSAR, Silvia Modesto, WRONSCKI, Vilson R., OHIRA, Masanao. **S EstatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web**. Florianópolis, SC: UFSC, 2015. Disponível em: <http://sestatnet.ufsc.br>. Acesso em: 24 ago. 2022.

NOGUEIRA, Jane Walkiria da Silva; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, set. 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016>. Acesso em: 28 ago. 2020.

NOTARO, Karine Antunes Marques *et al.* Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>. Acesso em: 26 maio 2020.

NOVAES, Marcos Bidart Carneiro de; GIL, Antonio Carlos. A pesquisa-ação participante como estratégia metodológica para o estudo do empreendedorismo social em administração de empresas. **Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 134-160, fev. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167869712009000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jun. 2020.

OHARA, Renato; MELO, Márcia Regina Antonietto da Costa; LAUS, Ana Maria. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 5, p. 749-754, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000500009>. Acesso em: 22 ago. 2022.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf>. Acesso: 25 ago. 2022.

OLIVEIRA, Ismênia Vilar. **Aplicação de ferramentas da qualidade para melhoria do atendimento em hospital público na cidade de Sumé - PB**. 2016. 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Engenharia de Produção) Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido, Universidade Federal de Campina Grande, Sumé, Paraíba, 2016. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/5497>. Acesso em: 25 ago. 2022.

ONÃ, Pamela Mary Padilla. **Are there differences in patient safety between different countries using the HSOPSC?** Master of Public Health. Copenhagen, DK: Copenhagen University, 2012.

PAIXÃO, Danieli Parreira da Silva Stalysz da. **As ações para segurança do paciente em unidades de pronto atendimento**. 2017. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1121325>. Acesso em: 26 ago. 2022.

PORTELA, Ana de Cássia da Ponte *et al.* Percepción de los enfermeros sobre seguridad del paciente en el servicio de emergencia: un estudio cualitativo. **Cultura de los Cuidados**, v. 21, n. 49, p. 25–34, feb. 2018. Disponível em: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2017-n49-nurses-perceptions-of-patient-safety>. Acesso em: 16 jul. 2020.

PRIETO, Marcela Moreira Nascimento; FONSECA, Renata Elizabete Pagotti da; ZEM-MASCARENHAS, Silvia Helena. Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospitais brasileiros através do HSOPSC: scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 6, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1315>. Acesso em: 26 ago. 2022.

QUAH, Li Juan Joy *et al.* Reorganising the emergency department to manage the COVID-19 outbreak. **International Journal of Emergency Medicine**, v. 13, n. 32, p. 1-11, June 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7298444/>. Acesso em: 24 ago. 2022.

RAJALATCHUMI, Adhisakthi *et al.* Perception of patient safety culture among health-care providers in a Tertiary Care Hospital, South India. **Journal of Natural Science, Biology, and Medicine**, v. 9, n. 1, p. 14-8, Jan./June 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5812066/>. Acesso em: 22 ago. 2022.

IRAMUTEQ. **Iramuteq**: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires. Un logiciel libre construit avec des logiciels libres. [S. l.]: IRaMuTeQ, 2020. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

REARDON, Sara. Ebola's mental-health wounds linger in Africa. **Nature**, v. 519, n. 7541, p. 13-14, Mar. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25739606/>. Acesso em: 22 ago. 2022.

REASON, James. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, n. 7237, p. 768-70, Mar. 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>. Acesso em: 24 ago. 2022.

REASON, James. *Managing the risks of organizational accidents*. UK: Ashgate, 1997.

REEVES, Scott; XYRICHIS, Andreas; ZWARENSTEIN, Merrick. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **Journal of Interprofessional Care**, v. 32, n. 1, p. 1-3, Jan. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29131697/>. Acesso em: 12 jul. 2022.

REIS, Cláudia Tartaglia. Cultura de segurança em organizações de saúde. In: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2. ed. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019. p. 77-109.

REIS, Cláudia Tartaglia; PAIVA, Sofia Guerra; SOUSA, Paulo. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 30, n. 9, p. 660-677, Nov. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29788273/>. Acesso em: 26 ago. 2022.

RENNERT-MAY, Elissa *et al.* The impact of COVID-19 on hospital admissions and emergency department visits: a population-based study. **PLoS One**, v. 16, n. 6, June 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34061888/>. Acesso em 23 ago. 2022.

RIBEIRO, Ana Carolina *et al.* Cultura de segurança do paciente: percepção dos enfermeiros em um centro de referência em cardiopneumologia. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 28, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0118>. Acesso em: 26 ago. 2022.

RICKLIN, Meret E.; HESS, Felice; HAUTZ, Wolf E. Patient safety culture in a university hospital emergency department in Switzerland - a survey study. **GMS Journal for Medical Education**, v. 36, n. 2, Mar. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30993172/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

RIGOBELLO, Mayara Carvalho Godinho. **Avaliação do clima de segurança do paciente em Unidade de Emergência de um hospital universitário no interior de São Paulo**. 2015. 83 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-22122015-104958/pt-br.php>. Acesso em: 20 ago. 2022.

RIGOBELLO, Mayara Carvalho Godinho *et al.* Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 728-735, maio 2012. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/clima-de-seguranca-do-paciente-percepcao-dos-profissionais-de-enfermagem/>. Acesso em: 26 ago. 2022.

RIGOBELLO, Mayara Carvalho Godinho *et al.* The perception of the patient safety climate by professionals of the emergency department. **International Emergency Nursing**, v. 33, p. 1–6, July 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28476345/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

ROWLANDS, Stella; CALLEN, Joanne. A qualitative analysis of communication between members of a hospital-based multidisciplinary lung cancer team. **European Journal of Cancer Care**, v. 22, n. 1, p. 20-31, Jan. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22966875/>. Acesso em: 26 ago. 2022.

RUSSO, Giuseppe. **Diagnóstico da cultura organizacional: o impacto dos valores organizacionais no desempenho das terceirizações**. Rio de Janeiro: Alta Books; São Paulo: Dedix, 2017.

SANTIAGO, Thaiana Helena Roma; TURRINI, Ruth Natalia Teresa. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, p. 123-130, dez. 2015. Especial. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700123&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 maio 2020.

SANTOS, Fernanda de Jesus *et al.* Cultura de segurança do paciente em uma maternidade de risco habitual. **ABCS Health Sciences**, v. 44, n.1, abr. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-995050>. Acesso em: 09 jun. 2020.

SANTOS, Patricia Reis Alves dos. **Ações de gerenciamento da segurança do paciente em um serviço de emergência**. 2016. Dissertação (Mestrado em Tecnologia e Inovação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-28032017-151135/pt-br.php>. Acesso em: 30 jun 2020.

SANTOS, Reginaldo Passoni dos *et al.* Avaliação da implantação de um núcleo de segurança do paciente. **Revista de Enferm UFPE On Line**, v. 13, n. 2, p. 532-537, fev. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238189/31378>. Acesso em: 23 ago. 2022.

SCHEIN, Edgar H. **Cultura organizacional e liderança**. São Paulo: Atlas, 2009. 424p.

SCHEIN, Edgar H. Organizational Culture. **American Psychologist**, Washington, v. 45, n. 2, p. 109-119, Feb. 1990. Disponível em: [http://ciow.org/docsB/Schein\(1990\)OrganizationalCulture.pdf](http://ciow.org/docsB/Schein(1990)OrganizationalCulture.pdf). Acesso em: 10 dez. 2019.

SCHEIN, Edgar H. **Organizational culture and leadership**. 2. ed. San Francisco: Jossey Bass, 1989.

SCHRAM, Alana Betina; DAL COL, Amábile; BORTOLI, Stella. Avaliação do impacto do isolamento social sobre o consumo de álcool e outras drogas durante a pandemia da COVID-19. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 3, p. 17122-17140, 2022. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/44956>. Acesso em: 22 ago. 2022.

SHARIF, Loujain *et al.* Quantitative research on the impact of COVID-19 on frontline nursing staff at a military hospital in Saudi Arabia. **Nursing Open**, July 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9349684/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

SHOJANIA, Kaveh G. *et al.* **Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices**. Rockville: AHRQ, 2001. (Evidence Report/Technology Assessment (Summary, n. 43, July). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK26966/>. Acesso em: 22 ago. 2022.

SIDDHARTH, Vijaydeep; KOUSHAL, Vipin K.; GOYAL, Vineet. Patient safety is the need of the hour: a study in nursing department of a tertiary care teaching hospital. **International Journal of Research Foundation of Hospital & Healthcare Administration**, v. 5, n. 2, p. 55–59, July/Dec. 2017. Disponível em: <https://www.jrfhha.com/doi/pdf/10.5005/jp-journals-10035-1076>. Acesso em: 23 ago. 2022.

SILVA, Micheline da Fonseca. **Cultura de segurança da equipe de enfermagem no serviço de urgência e emergência**. 2017. 68f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/23848>. Acesso em: 25 ago. 2022.

SILVA, Michelini Fátima da *et al.* Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 3, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003600015>. Acesso em: 26 ago. 2022.

SILVA-BATALHA, Edenise Maria Santos da; MELLEIRO, Marta Maria. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 432-441, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/RWDYjcNJtmqczTYKhHHjtct/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2022.

SILVA-BATALHA, Edenise Maria Santos da; MELLEIRO, Marta Maria. Gestão hospitalar e cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, p. 109-123, jan./mar. 2016. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2670>. Acesso em: 19 ago. 2022.

SIMAN, Andréia Guerra *et al.* Desafios da prática na segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1504-1511, nov./dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0441>. Acesso em: 26 ago. 2022.

SIMAN, Andréia Guerra; BRITO, Maria José Menezes. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, p. 1-9, 2016. Especial. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271>. Acesso em: 20 ago. 2022.

SORRA, Joann *et al.* **Hospital survey on patient safety culture: 2007 comparative database report.** Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2007. Disponível em: <https://archive.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2007/hospurveydb1.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2022.

SORRA, Joann; NIEVA, Veronica. **Hospital survey on patient safety culture.** Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2022.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (org.). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

SOUZA, Verusca Soares de *et al.* Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 475-482, jul./set. 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40687/26258>. Acesso em: 26 ago. 2022.

SOYDEMIR, Dilek *et al.* Barriers to medical error reporting for physicians and nurses. **Western Journal of Nursing Research**, v. 39, n. 10, p. 1348-1363, Oct. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27694427/>. Acesso em: 22 ago. 2022.

STUCKY, Christopher H.; JONG, Marla J.; KABO, Felichism W. Military surgical team communication: implications for safety. **Military Medicine**, v. 185, n. 3-4, p. e448-e456, Mar./Apr. 2020. Disponível: <https://doi.org/10.1093/milmed/usz330>. Acesso em 20 ago. 2022.

TALARICO, Valentina *et al.* Impact of novel coronavirus disease-19 (COVID-19) pandemic in Italian pediatric emergency departments: a national survey. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 47, n. 47, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13052-021-00996-8>. Acesso em: 20 ago. 2022.

TEIXEIRA, Thalyta Cardoso Alux; CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli. Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 100-107, fev. 2014. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/analise-de-causa-raiz-de-acidentes-por-quedas-e-erros-de-medicacao-em-hospital/>. Acesso em: 26 ago. 2022.

TEREANU, Carmen *et al.* Survey on patient safety culture in the Republic of Moldova: a baseline study in three healthcare settings. **Clujul Medical**, v. 91, n. 1, p. 65-74, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29456450/>. Acesso em: 09 ju. 2020.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação.** São Paulo: Cortez, 2009.

THIOLLENT, Michel. Notas para o debate sobre pesquisa-ação. *In*: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org.). **Repensando a pesquisa participante.** 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 82-103.

THOMAS, Larissa Scheeren *et al.* Atuação do enfermeiro emergencista na pandemia de covid-19: revisão narrativa da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 15959-15977, nov./dez. 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/19631/15731>. Acesso em: 19 ago. 2020.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos procedimentos e reflexões baseadas em experiencias com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>. Acesso em: 25 ago. 2022.

TRINDADE, Lurdes; LAGE, Maria João. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. *In*: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. (org). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 39-56.

URBANETTO, Janete de Souza; GERHARDT, Luiza Maria. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 3, p. 8-9, set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/Lx969m3sDf93zXrRmn76w9Q/?lang=pt>. Acesso em: 23 ago. 2022.

VERBEEK-VAN NOORD, I. *et al.* A nation-wide transition in patient safety culture: a multilevel analysis on two cross-sectional surveys. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 31, n. 8, p. 627-632, Oct. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30395225/>. Acesso em: 22 ago. 2022.

VIANNA, Elaine Cristine da Conceição *et al.* Gestão de recursos em um serviço hospitalar de emergência federal diante da pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, p. 1-8, 2022. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hjY7pfJPWjkPfqmGxYbHnr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2022.

VOLLMER, Michaela A. C. *et al* The impact of the COVID-19 pandemic on patterns of attendance at emergency departments in two large London hospitals: an observational study. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, p. 1-9, Sept. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8460185/>. Acesso em: 23 ago. 2022.

WACHTER, Robert M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WANG, Jiayu; ZHOU, Mouqing; LIU, Fangfei. Reasons for healthcare workers infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. **The Journal of Hospital Infection**, v.105, n. 1, p. 100-101, May 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32147406/>. Acesso em: 22 ago. 2022.

WEGNER, William *et al.* Educação para cultura da segurança do paciente: implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300212&lng=en&nrm=iso. Acesso em 30 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual framework for the international classification for patient safety**: final technical report. Genebra: WHO, 2009b. Version 1.1. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf. Acesso em: 23 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease (COVID-19)**: situation report, 153. Genebra: WHO, 2020b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332556>. Acesso em: 19 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19)**: situation report, 51. Genebra: WHO, 2020a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331475>. Acesso em: 19 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **COVID-19 weekly epidemiological update**. Genebra: WHO, 2020c. Disponível em: <https://reliefweb.int/report/world/coronavirus-disease-covid-19-weekly-epidemiological-update-8-december-2020>. Acesso em: 25 ago. 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. Genebra: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>. Acesso em: 22 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Human factors in patient safety**: review of topics and tools. Genebra: WHO, 2009a. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/266050169_Human_Factors_in_Patient_Safety_Review_of_Topics_and_Tools. Acesso em: 19 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication without harm**: global patient safety challenge on medication safety. Genebra: WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>. Acesso em: 22 ago. 2018.

YARI, Saeed *et al.* Interaction of safety climate and safety culture: a model for cancer treatment centers. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 20, n. 3, p. 961-969, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.3.961>. Acesso em: 20 ago. 2022.

ZHOU, Peng *et al.* A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. **Nature**, v. 579, p. 270–273, Feb. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>. Acesso em: 19 ago. 2022.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO



Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **intitulada:** Cultura de segurança na emergência de um hospital militar em tempos de pandemia da COVID-19, cujo **objetivo é:** Investigar a percepção sobre a cultura de segurança do paciente no Serviço de Emergência de um hospital militar em tempos de pandemia da COVID-19. A pesquisa se **justifica** pois o fortalecimento da cultura de segurança do paciente contribui para a melhoria da qualidade da assistência e redução de danos evitáveis. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

A pesquisa **será desenvolvida por** Leonor Coelho da Silva **sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Célia Pereira Caldas.** Sua participação é voluntária e se dará por meio do preenchimento do questionário HSOPSC e participação em um Grupo focal, que consiste em uma ou mais reuniões nas quais serão apresentados e discutidos os resultados obtidos a partir do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). O risco é mínimo, mas é possível que haja o risco de atraso dos atendimentos realizados pelo (a) senhor (a) e um desconforto ao responder as perguntas feitas pela pesquisadora. Esperamos que essa pesquisa traga como benefício o aprimoramento das ações assistenciais para a prestação de um cuidado seguro.

Se depois de consentir em sua participação o senhor (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da produção dos dados, independente do motivo. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com a pesquisadora, nem com a instituição. O (a) senhor (a) estará isento de despesas e não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço: Rua Boulevard 28 de Setembro, 157, sala 827, Vila Isabel, CEP: 20.551-030, Rio de Janeiro. Telefone: (21) 99505-1454 ou pelo e-mail: lecos80@yahoo.com.br. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com a pesquisadora responsável, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Naval Marcílio dias, no endereço Rua Cezar Zama, 185, Instituto de Pesquisas biomédicas- Lins de Vasconcelos, Rio de Janeiro, CEP 20725-090, telefone (21) 2259-5450. E-mail: cep@hnmd.mar.mil.br

Leonor Coelho da Silva

Consentimento Pós-Infomação

Eu, _____, ciente de que poderei retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de apresentar justificativas e, também, sem prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido. Declaro que, recebi uma via deste termo e após convenientemente esclarecido e ter entendido o que me foi explicado e porque a pesquisadora precisa da minha colaboração, estou ciente deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de acordo em participar da pesquisa.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do Participante da Pesquisa

APÊNDICE B – Cronograma

Ano Atividade	2018					2019												
	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez	
Revisão de Literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Elaboração de Projeto						x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Preparação de artigos para publicação.									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Divulgação de Resultados em eventos científicos.			x												x			

Ano Atividade	2021												2022										
	Jan.	Fev.	Mar	Abr	Maio	Jun.	Jul.	Ago	Set	Out.	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	
Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa	x	x	x	x	x	x																	
Submissão Projeto a plataforma Brasil		x	x	x	x	x	x																
Coleta de dados quantitativos										x													
Análise dos dados quantitativos											x	x	x										
Coleta de dados qualitativos															x	x							
Análise dos dados qualitativos																	x						
Integração dos dados																	x	x					

APÊNDICE C – Roteiro para condução do Grupo Focal

Percepção da cultura de segurança na emergência de um hospital militar em tempos de pandemia da COVID-19.

Senhores (as) participantes, obrigada por fazer parte deste estudo. Sua colaboração tem sido fundamental para o desenvolvimento deste trabalho.

Farei uma breve apresentação da pesquisa e dos resultados da primeira fase, e conto com sua colaboração para a segunda!

1- Apresentação do estudo

Objeto: a percepção sobre a cultura de segurança do paciente no Serviço de Emergência de um hospital militar.

Objetivo geral:

Investigar a percepção sobre a cultura de segurança do paciente no Serviço de Emergência de um hospital militar em tempos de pandemia da COVID-19.

Objetivos específicos:

Identificar a percepção da cultura de segurança pela equipe multiprofissional do serviço de emergência de um hospital militar em tempos de pandemia da COVID-19;

Discutir com a equipe a percepção sobre as dimensões da cultura de segurança identificadas serviço de emergência de um hospital militar;

Construir com a equipe multiprofissional do serviço de emergência de um hospital militar um plano de ação, considerando a percepção das dimensões de cultura de segurança consideradas frágeis em tempos da COVID-19.

2- Apresentação do resultado da fase quantitativa

Os resultados da primeira fase, que foram obtidos com a aplicação do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), que identificaram a percepção dos participantes em relação as dimensões de segurança do paciente na Emergência.

Foi identificada como dimensão forte:

- “Trabalho em equipe dentro das unidades/serviços”.

Foram identificadas como dimensões neutras:

- “Aprendizado organizacional”; e
- “Resposta não punitiva ao erro”.

Foram identificadas como dimensões frágeis:

- “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores”;
- “Retorno informação e comunicação a respeito de erro”;
- “Abertura de comunicação – melhoria contínua”;
- “Profissionais (quadro de pessoal)”;
- “Suporte da gestão para a segurança do paciente”;
- “Trabalho em equipe entre as unidades”;
- “Passagem de plantão ou transferências internas”;
- “Percepções gerais sobre segurança do paciente”; e
- “Frequência de eventos notificados”.

3- Discussão orientada pelas perguntas:

- a) Como você percebe a segurança do paciente no SAE em tempos de pandemia da COVID-19?
- b) Vocês consideram que a pandemia da COVID-19 interferiu na segurança do paciente atendido no SAE?
- c) O que você pensa sobre as dimensões consideradas frágeis?

4- Construção do plano de ação (sugestões de melhoria) orientada pela pergunta:

- a) O que podemos fazer para melhorar a segurança do paciente considerando as dimensões frágeis?

- A construção do plano de ação orientada pela ferramenta 5W2H

What (o quê): o que será feito?

Why (por quê): qual o motivo dessa ação?

When (quando): quando isso deve acontecer?

Where (onde): onde acontecerá?

Who (quem): quem é o responsável?

How (como): como será feito o processo?

How much (quanto custa): qual o orçamento ou o custo?



*Leonor Coelho da Silva¹
Célia Pereira Caldas²
Cintia Silva Fassarella³
Patricia Simas de Souza⁴*

Efeito da cultura organizacional para a segurança do paciente em ambiente hospitalar: revisão sistemática*

Temática: prática baseada em evidência.

Contribuições para a disciplina: neste artigo, reforça-se a importância da cultura organizacional para a segurança do paciente, demonstrando que, quando há um clima de segurança positivo, há possibilidade de melhoria da qualidade do cuidado à saúde. Assim, este estudo poderá auxiliar os profissionais de saúde a efetivar essa interação, alcançando benefícios para o cuidado em saúde.

RESUMO

Objetivo: identificar o efeito da cultura organizacional para a segurança do paciente no contexto hospitalar. **Materiais e métodos:** revisão sistemática, sem metanálise, registrada no PROSPERO sob o número CRD42020162981. Foram selecionados estudos transversais e observacionais que avaliaram o clima de segurança e a cultura de segurança publicados em periódicos indexados nas bases EMBASE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Medline (Literatura

DOI: 10.5294/aqui.2021.21.1.3

To reference this article / Para citar este artigo / Para citar este artículo

Silva LC, Caldas CP, Fassarella CS, Souza PS. Effect of the organizational culture for patient safety in the hospital setting: A systematic review. *Aquichan*. 2021;21(2):e2123. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.2.3>

* Este artigo é derivado da tese de doutorado intitulada "Cultura de segurança na emergência de um grande hospital em tempos da pandemia covid-19", defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Financiada pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, n.º processo E-26-/010.002691/2019 e E-26-/010.100932/2018.

1 <https://orcid.org/0000-0001-5633-549X>. Marinha do Brasil, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. leonor.silva@marinha.mil.br

2 <https://orcid.org/0000-0001-6903-1778>. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. ccelldes@ueirj.br

3 <https://orcid.org/0000-0002-2946-7312>. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade do Grande Rio, Brasil. cintia.silva.fassarella@ueirj.br

4 <https://orcid.org/0000-0002-7700-6545>. Hospital Universitário Geffrêe Guinle, Brasil. patricia.simas@abserhj.gov.br

Recebido: 28/07/2020
Submetido a pares: 07/09/2020
Aceito por pares: 19/04/2021
Aprovado: 29/04/2021

Internacional em Ciências da Saúde), via PubMed e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), entre 2014 e 2020. **Resultados:** os achados demonstraram que o clima de segurança positivo impacta de forma benéfica na cultura de segurança, favorece a notificação de eventos e possibilita a melhoria da qualidade do cuidado à saúde. **Conclusões:** a efetiva interação entre cultura de segurança e cultura organizacional ainda é escassa na literatura. A maioria dos estudos realizados investiga o diagnóstico situacional e pouco se avança no sentido de aprofundar a implicação para a prática profissional e para a repercussão para a segurança do paciente hospitalizado.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS)

Cultura organizacional; pessoal de saúde; segurança do paciente; hospitais; gestão da segurança.

*Efecto de la cultura organizativa para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario: revisión sistémica**

RESUMEN

Objetivo: identificar el efecto de la cultura organizativa para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario. **Materiales y métodos:** revisión sistemática, sin metaanálisis, registrada en el PROSPERO con el número CRD42020162981. Se seleccionaron estudios transversales y observacionales que evaluaron el clima de seguridad y la cultura de seguridad publicados en revistas indexadas en las bases EMBASE, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), por medio de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Medline (Literatura Internacional en Ciencias de la Salud), vía PubMed y Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), entre 2014 y 2020. **Resultados:** los hallazgos evidencian que el clima de seguridad positivo impacta de forma benéfica en la cultura de seguridad, favorece la notificación de eventos y posibilita la mejoría de la calidad del cuidado a la salud. **Conclusiones:** la efectiva interacción entre cultura de seguridad y cultura organizativa aun es escasa en la literatura. Gran parte de los estudios realizados investiga el diagnóstico situacional y poco se avanza en el sentido de profundizar las consecuencias para la práctica profesional y la repercusión para la seguridad del paciente hospitalizado.

PALABRAS CLAVE (Fuente: DeCS)

Cultura organizacional; personal de salud; seguridad del paciente; hospitales; administración de la seguridad.

* Este artículo se deriva de la tesis doctoral titulada "Cultura de seguridad en la emergencia de un gran hospital en tiempos de pandemia COVID-19", presentada al Programa de Posgrado en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Auspiciado por la Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, n.º proceso E-26-/010.002691/2019 y E-26-/010.100932/2018.

Effect of the organizational culture for patient safety in the hospital setting: A systematic review*

ABSTRACT

Objective: To identify the effect of the organizational culture on patient safety in the hospital context. **Materials and methods:** A systematic review, without meta-analysis, registered in PROSPERO with number CRD42020162981. Cross-sectional and observational studies were selected that assessed the safety environment and safety culture published between 2014 and 2020 in journals indexed in the EMBASE, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (*Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde*, LILACS) via the Virtual Health Library (*Biblioteca Virtual em Saúde*, BVS), Medline (International Literature in Health Sciences) via PubMed, and Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). **Results:** The findings show that a positive safety environment exerts a beneficial effect on the safety culture, favors the notification of events, and enables improvements in the quality of health care. **Conclusions:** The effective interaction between safety culture and organizational culture is still scarce in the literature. Most of the studies carried out investigate the situational diagnosis and little progress is made in terms of deepening the implications for the professional practice and the repercussions for the safety of hospitalized patients.

KEYWORDS (SOURCE: DECS)

Organizational culture; health personnel; patient safety; hospitals; safety management.

* This article is derived from the doctoral thesis entitled "Safety culture in the emergency department of a large size hospital in times of the COVID-19 pandemic", defended at the Graduate Program in Nursing of the Nursing School of *Universidade do Estado de Rio de Janeiro*, Brazil. Funded by the Carlos Chagas Filho Research Support Foundation of the State of Rio de Janeiro, Process No. E-26-/010.002691/2019 and E-26-/010.100932/2018.

Introdução

A segurança do paciente envolve os vários campos de atuação profissional e engloba os níveis assistencial e gerencial, com vistas não somente a garantir a assistência adequada, mas também à manutenção da saúde e à prevenção de agravos relacionados com o cuidado em saúde.

Nesse sentido, a consolidação da cultura de segurança do paciente é um importante subsídio para as propostas de melhoria da qualidade, pois os seus constructos permitem remodelar os processos de trabalho, fazendo com que estratégias seguras aprimorem a assistência em saúde (1).

Entende-se que a cultura de segurança é caracterizada como o resultado de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura (2, 3).

As investigações acerca da avaliação da cultura de segurança e o impacto na gestão em saúde foram considerados essenciais para o desenvolvimento de uma assistência segura, com ênfase no aprendizado, na melhoria contínua e na abordagem não punitiva ao erro (4).

A cultura organizacional é definida como o sistema de ações, valores e crenças compartilhado que se desenvolve numa organização e orienta o comportamento dos seus membros. Uma organização que conta com uma cultura forte é porque tem uma história comum longa ou porque tem experiências intensas e importantes partilhadas (5).

O clima de segurança do paciente pode ser definido como uma característica mensurável da cultura organizacional, por meio da percepção e da atitude dos indivíduos, em determinado tempo (6).

Nesse contexto, desperta-se para a necessidade de conhecer a cultura de segurança organizacional, com vistas à prevenção, à detecção e à avaliação de erros e eventos adversos, bem como para a formulação e a efetivação das medidas de melhoria que fomentarão a segurança dos pacientes (7).

Estudar a cultura de segurança no hospital possibilita o conhecimento dos fatores intervenientes no processo de trabalho

que impactam na segurança dos pacientes. Nesse sentido, o desenvolvimento de pesquisas sobre a temática pode fortalecer a comunicação efetiva de evidências científicas, experiências e recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes na assistência à saúde (1).

Diante da necessidade de disseminação e fortalecimento da cultura de segurança do paciente, para a redução dos riscos aos quais são expostos durante o cuidado à saúde, este estudo buscou responder à pergunta "qual é o efeito da cultura organizacional para a segurança do paciente em ambiente hospitalar?" Além disso, teve como objetivo identificar o efeito da cultura organizacional para a segurança do paciente no contexto hospitalar.

Materiais e métodos

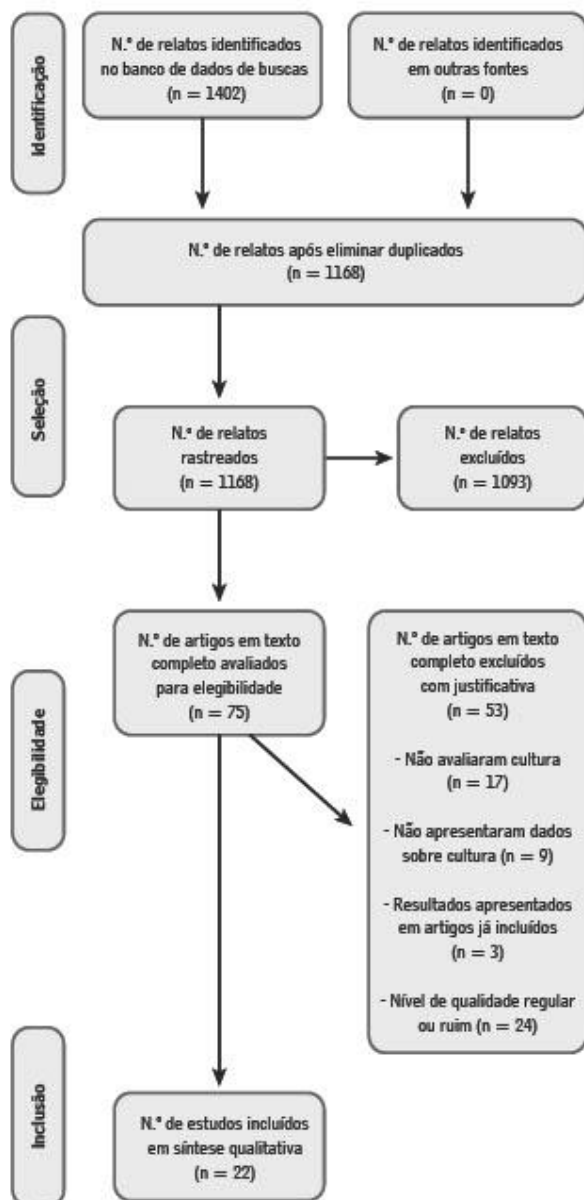
Trata-se de revisão sistemática da literatura, sem metanálise, realizada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

O relato da presente revisão cumpriu a recomendação do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma) Checklist (8). O protocolo do estudo foi registrado com o número CRD42020162981 no International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO), um banco de dados internacional no qual pesquisadores registram seus trabalhos de revisão sistemática, a fim de evitar produções replicadas, outra revisão sendo conduzida e garantir o registro de confiabilidade (9).

Foram estabelecidos como critérios de inclusão estudos transversais e observacionais, estudos que avaliaram o clima de segurança organizacional e a cultura de segurança, e estudos com acesso para a leitura íntegra em português, inglês e espanhol. Foram excluídos estudos duplicados, mantendo o artigo de uma única base de dados, aqueles que se relacionavam com uma única categoria profissional e avaliavam somente um setor específico. Os artigos identificados na busca prévia, depois de aplicados os critérios de elegibilidade, foram submetidos à checagem duplo-cega. Nos casos divergentes, um terceiro avaliador foi consultado para determinar se haveria ou não a seleção do artigo. Os detalhes da seleção se encontram na Figura 1.

Para a elaboração de revisão, utilizou-se a estratégia PICO (por seu acrônimo em inglês) (10), na qual 'P' são os participantes

Figura 1. Prisma — Fluxograma da busca na literatura e processo de seleção. Rio de Janeiro, Brasil, 2020



Fonte: adaptado de Mohar et al. (8).

(profissionais de saúde); 'I', intervenção/exposição (cultura organizacional); 'C', comparador/controle (não há) (ou 'C', contexto (hospital)); 'O', desfecho (segurança do paciente). Foram realizadas buscas nas fontes EMBASE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), via PubMed e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), de 1 de outubro de 2014 a 21 de julho de 2020. Esse recorte temporal foi estabelecido com o intuito de alcançar evidências contemporâneas mais recentes acerca da influência da cultura organizacional na segurança do paciente hospitalizado. Houve uma busca inicial em novembro de 2019 para verificar a viabilidade do estudo.

Foram utilizados os termos e os sinônimos correspondentes a cada base de dados. Para a extração dos descritores, foram consultados os vocabulários controlados da área da saúde nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), Medical Subject Headings (MeSH) e Emtree (EMBASE).

Os dados da busca na literatura foram coletados em um registro padronizado de coleta de dados, que contém as seguintes variáveis: autor, ano, país, população/amostra, coleta de dados, taxa de resposta e efeito da cultura identificada. Os dados selecionados foram organizados em uma planilha no programa Microsoft Excel® 2010 e, em seguida, analisados conforme variáveis preestabelecidas, a partir do objeto de estudo.

Para a avaliação da qualidade dos estudos, foi utilizada a Ferramenta de Avaliação de BI/Qualidade da NHL para estudos de coorte, observacional e transversal, sendo selecionados para a análise qualitativa dos dados os artigos que tiveram avaliação boa, a partir dos critérios dessa ferramenta (11).

Resultados

Foram selecionados 22 artigos (12-33) para a análise qualitativa que foram realizados em 15 países, com diferentes níveis de desenvolvimento econômico e sociocultural, publicados entre 2014 e 2020, em inglês. Todos foram lidos na íntegra e seus dados foram coletados e apresentados no Quadro 1.

Dez artigos (13, 14, 17, 18, 20, 22, 24, 25, 27, 33) utilizaram o questionário HSOPSC como instrumento de coleta de dados; outros dez artigos (12, 15, 16, 21, 23, 26, 28, 30-32) utilizaram o SAQ, e dois (19, 29) fizeram uso do PSCHO.

Quadro 1. Características dos estudos incluídos (n = 22). Rio de Janeiro, Brasil, 2020

Referência, ano, país	População/ amostra	Instrumento para a coleta de dados	Taxa de resposta	Resultados	Efeito da cultura identificada
Kolankiewicz ACB, Schmidt CR, Carvalho REFL, Spies J, Dal Pai S, Lorenzini E. (12), 2020, Brasil	Amostra: 698 Participantes: 630	Safety Attitude Questionnaire (SAQ)	90,2 %	Escores positivos foram encontrados em todos os domínios da cultura de segurança, exceto para o domínio percepção do estresse. Escolaridade, gênero, tempo de atuação e escolha pela unidade de trabalho influenciaram positivamente o clima de segurança.	Positivo. Favorecimento da cultura de segurança participativa dos profissionais.
Kumbi M, Hussien A, Lette A, Nuriye S, Morka G (13), 2020, Etiópia	Amostra: 556 Participantes: 518	Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)	93,2 %	O nível geral de cultura de segurança do paciente foi de 44 % (IC = 95 %; 43,3-44,6). A análise fatorial indicou que horas trabalhadas por semana, participação em um programa de segurança do paciente, relato de eventos adversos, abertura de comunicação, trabalho em equipe dentro do hospital, aprendizagem organizacional e troca de feedback sobre o erro estavam entre os fatores que foram significativamente associados à cultura de segurança do paciente.	Crítico. Necessidade de fortalecimento da cultura de segurança.
Yari SN, Akbari MH, Shahsavari S. (14), 2019, Irã	Amostra: 720 Participantes: 680	Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)	94 %	O clima de segurança e a cultura de segurança foram 3,61 e 3,30, respectivamente, os quais são apropriados. Houve significância positiva nas relações entre clima de segurança e cultura de segurança, clima de segurança e qualquer um de seus componentes, e cultura de segurança e qualquer um dos componentes.	Positivo. Favorecimento da cultura de segurança.
Magalhães FHL, Pereira ICA, Luiz RB, Barbosa MH, Ferreira MBG (15), 2019, Brasil	Amostra: 206 Participantes: 198	Safety Attitude Questionnaire (SAQ)	96 %	Profissionais com percepção negativa sobre o clima de segurança do paciente (69,5). O domínio satisfação no trabalho obteve maior pontuação (81,98) e o domínio percepção da gerência (62,15), a menor.	Negativo. Prejudicial à cultura de segurança.
Jiang K, Tian L, Yan C, Li Y, Fang H, Peihang S et al. (16), 2019, China	Amostra: 900 Participantes: 665	SAQ	74 %	Os participantes classificaram a satisfação no trabalho o domínio mais bem avaliado, seguidos por clima de trabalho em equipe, condições de trabalho e reconhecimento do estresse. Houve diferenças significativas entre os domínios da cultura de segurança do paciente e associados a outros fatores, como sexo, idade, cargo e educação.	Positivo. Contribuição para a melhoria dos serviços.
Akologo A, Abuosi AA, Anaba EA (17), 2019, Gana	Amostra: 406 Participantes: 384	HSOPSC	94,50 %	Dois domínios com escore elevado: trabalho em equipe dentro de unidades (81,5%) e aprendizado organizacional melhoria contínua (73,1 %). Três domínios com escores inferiores profissionais, resposta não punitiva ao erro e frequência de eventos notificados. A percepção geral da segurança do paciente correlacionou-se significativamente com todas as dimensões, exceto pessoal.	Positivo. Favorecimento à cultura de segurança.
Alqattan H, Cleland J, Morrison, Z (18), 2018, Kuwait	Amostra: 1340 Participantes: 1008	HSOPSC	75,2 %	As dimensões que necessitam de melhorias foram resposta não punitiva ao erro e abertura da comunicação. As positivas foram trabalho em equipe dentro de unidades e aprendizado organizacional, melhoria contínua como dimensões fortes. As subculturas profissionais dentro das organizações devem ser consideradas ao avaliar a cultura de segurança do paciente.	Crítico. Necessidade de fortalecimento da cultura de segurança.

Referência, ano, país	População/ amostra	Instrumento para a coleta de dados	Taxa de resposta	Resultados	Efeito da cultura identificada
Zhou P, Bai F, Tang H <i>et al.</i> (19), 2018, China	Amostra: 4753 participantes: 4176	Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO)	87,86 %	A dimensões com escores universalmente altos nos diferentes departamentos foi medo de culpa e punição. Percepções sobre o clima de segurança do paciente variaram entre departamentos e tipos de trabalho.	Negativo. Prejudicial à cultura de segurança.
Najjar S, Baillien E, Vanhaecht K <i>et al.</i> (20), 2018, Bélgica e Palestina	Amostra: 2836 Participantes: 1418	HSOPSC	Bélgica 51,9 % e Palestina 53,6 %	O grau geral de segurança do paciente foi previsto por aprendizagem organizacional na Palestina ($\beta = 0,19$, $p < 0,001$) e pessoal na Bélgica ($\beta = 0,19$, $p < 0,001$). Número de eventos relatados foi previsto pelo pessoal na Palestina ($\beta = -0,20$, $p < 0,001$) e <i>feedback</i> e comunicação na Bélgica.	Critico. Necessidade de investimento nas dimensões para o fortalecimento da cultura organizacional de segurança.
Li Y, Zhao Y, Hao Y <i>et al.</i> (21), 2018, China	Amostra: 1200 Participantes: 1024	SAQ	85,33 %	O domínio condições de trabalho (80,19) obteve maior pontuação, e o clima de segurança (70,48), a menor. Houve diferenças significativas nas percepções da cultura de segurança do paciente por sexo, idade, anos de experiência, posição, <i>status</i> e nível de escolaridade.	Diferente entre profissionais. Necessidade do fortalecimento da cultura de segurança.
Verbeek-van Noord I, Smits M, Zwijnenberg N C, Spreuwenberg P, Wagner C. (22) 2018 Holanda	Participantes: 6605	HSOPSC	62,2 %	A influência relativa dos hospitais na cultura de segurança aumentou e se tornou mais favorável após a implementação do Patient Safety Program (PSP). A percepção de segurança entre hospitais e departamentos não se tornou mais equivalente, exceto pela frequência de eventos notificados.	Positivo. Favorável após a implementação do PSP, mas com necessidade de melhoria na cultura de segurança.
Huang CH, Wu HH, Chou CY, Dai H, Lee YC (23), 2018, Taiwan	Amostra: 800 Participantes: 405	SAQ	50,6 %	Os resultados destacaram que o clima de segurança foi positivo e significativamente relacionados com o clima de trabalho em equipe e a percepção da gestão do hospital, enquanto o reconhecimento do estresse foi negativamente relacionado com o <i>burnout</i> .	Positivo. Busca pela melhoria da qualidade e pelo fortalecimento da cultura de segurança.
Rajalatchumi A, Ravikumar TS, Muruganandham K, Thulasingham M, Selvaraj K, Reddy MM <i>et al.</i> (24), 2018, Índia	Amostra: 421 Participantes: 386	HSOPSC	91,60 %	As dimensões trabalho em equipe dentro das unidades, aprendizado organizacional, melhoria contínua e expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gestores apresentaram os maiores escores de respostas positivas. A cultura de segurança ficou fortalecida após a criação de um conselho de qualidade, cujo objetivo era melhorar a segurança do paciente e a prestação de cuidados de saúde.	Positivo. Fortalecimento da cultura de segurança após a criação de um conselho de qualidade.
Burlison JD, Quillivan RR, Kath LM <i>et al.</i> (25), 2018, Estados Unidos	Os dados de 223412 pessoas foram analisados.	AHRQ-HSOPSC	51,3 %	As dimensões retorno da informação e a comunicação a respeito do erro foram a variação preditiva mais exclusiva no resultado frequência de eventos relatados. Outras dimensões significativamente associadas incluíram aprendizado organizacional-melhoria contínua, resposta não punitiva ao erro e trabalho em equipe dentro das unidades (todos $p < 0,001$).	Positivo. Fortalecimento da cultura de segurança do paciente e da notificação de eventos.
Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP (26), 2017, Brasil	Amostra: 573; 106 (18,5 %) Hospital A, 183 (31,9 %) Hospital B e 284 (49,6%) Hospital C	SAQ	60,3 %	O escore dos três hospitais variou entre 65 e 69. O domínio satisfação no trabalho exibiu o maior escore e o oposto foi observado no domínio percepção da gerência. Os profissionais de nível superior demonstraram melhor percepção dos fatores estressores em comparação com os profissionais de nível médio.	Positivo relacionado à satisfação no trabalho, porém cultura de segurança ainda com oportunidades de melhoria.

Referência, ano, país	População/ amostra	Instrumento para a coleta de dados	Taxa de resposta	Resultados	Efeito da cultura identificada
Cheikh AB, Bouafia N, Mahjoub M, Ezzi O, Nouira A, Njah M (27), 2016, Tunísia	Participantes: médicos 116 e paramédicos 203	HSOPSC	74,1 % médicos e 100 % equipe paramédica	Os escores das dimensões variaram entre 32,7 % e 68,8 %. O maior (68,8 %) foi a frequência de eventos notificados e o menor (32,7 %) foi o suporte da gestão para a segurança do paciente, mas todas as dimensões precisam ser aprimoradas.	Critico. Necessidade de melhoria na maioria das dimensões de cultura de segurança.
Elsous A, Sari AA, Rashidian A, Aljeesh Y, Radwan M, AbuZaydeh H (28), 2016, Palestina	Amostra: 370 Participantes: 339	SAQ	91,6 %	A pontuação média da atitude de segurança nas seis dimensões variou entre 68,5 para satisfação no trabalho e 48,5 para condições de trabalho. Trabalhadores com atitudes positivas colaboraram mais com colegas de trabalho do que aqueles sem atitudes positivas.	Positivo. Favorável à cultura de segurança a partir da cooperação entre os profissionais e melhoria dos resultados clínicos.
Zhou P, Bundorf MK, Gu J <i>et al.</i> (29), 2015, China	Amostra: não informada Participantes: 1272	PSCHO	75 %	As dimensões medo da culpa e punição (79 %), medo da vergonha (41 %) apresentaram maior percentual de respostas problemáticas, podendo ser barreiras para melhorias na segurança do paciente em hospitais chineses.	Negativo. Prejudicial à cultura de segurança.
Kristensen S, Badsberg JH, RischelV, Anhøj J, Mainz J, Bartels P (30), 2015, Dinamarca	Amostra: 867 Participantes: 544	SAQ	63 %	Não foram encontradas diferenças no percentual de percepção positiva entre enfermeiros e médicos ($p > 0,05$), mas a diferença entre líderes e equipe da linha de frente foi evidente ($p < 0,05$). As percepções variaram mais entre indivíduos dentro da mesma unidade do que entre as unidades do hospital e entre hospitais.	Aparece como uma construção multinível, com necessidade de fortalecimento da cultura de segurança entre algumas categorias profissionais.
Barbosa MH, Sousa EM, Felix MMS, Oliveira KF, Barichello E (31), 2015, Brasil	Amostra: 107 Participantes: 66	SAQ	61,60 %	O escore geral do instrumento foi 70,28. O melhor domínio foi satisfação no trabalho (86,74) e os domínios com escores menores foram percepção da gestão (64,99) e reconhecimento de estresse (61,74). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos, mas ela estava presente entre os que realizavam ou não graduação.	Frágil. Exigência de educação permanente.
Chakravarty A, Sahu A, Biswas M, Chatterjee K, Rath S (32), 2015, Índia	Amostra e participantes: 300	SAQ	100 %	Variações significativas na percepção do clima de segurança foram observadas entre as diferentes categorias de profissionais de saúde nos domínios clima de trabalho em equipe, percepção da gestão e reconhecimento de estresse.	Díspar. Necessidade do fortalecimento da cultura de segurança.
Al Mandhari A, Al-Zakwani I, Al-Kindi M, Tawilah J, Dorvlo A, AlAdawi S (33), 2014, Omã	Amostra: não informada Participantes: 398	HSOPSC	98 %	A média de resposta positiva foi de 58 %. A dimensão com pontuação mais elevada foi aprendizado organizacional-melhoria contínua e com a menor resposta não punitiva ao erro.	Positivo. Favorável à cultura de segurança.

Fonte: elaboração própria.

Com relação à população, os estudos 16, 19, 21 e 29 foram compostos por médicos e enfermeiros tanto gestores quanto assistenciais; somente por médicos e enfermeiros nos estudos (23, 28) e por outros profissionais de saúde nos demais estudos (12-15, 17, 18, 20, 22, 24-27, 30, 32-34). Somente enfermeiros foram incluídos em todas as pesquisas, e os médicos não foram incluídos na população de um dos estudos (31).

Em geral, os estudos apresentaram a taxa de resposta global, não especificando por categoria profissional; no entanto, no estudo que fez essa separação, os enfermeiros se destacaram com a maior taxa de resposta 85 %-91,9 %, seguidos dos médicos 81 %-91,8 % (28, 29). Em um dos estudos (27), a taxa de resposta foi de 74,1 % entre os médicos, e 100 % entre os demais profissionais de saúde. Nos demais, a taxa de resposta ficou entre 50 %-59 % (20, 23, 25), 60 %-69 % (22, 26, 30, 31), 70 %-79 % (16, 18), 80 %-89 % (19, 21), 90 %-99 % (12-15, 17, 24, 33) e 100 % (32).

Os objetivos dos estudos variaram entre investigar a interação entre clima de segurança e cultura de segurança (14), analisar a percepção do clima de segurança do paciente pelos profissionais de saúde (15, 29, 31, 32), investigar/avaliar a cultura de segurança do paciente (12, 13, 16, 26-28, 33), avaliar as percepções sobre a cultura de segurança do paciente entre os profissionais de saúde (17-19, 21, 23, 24, 30), examinar se a cultura de segurança melhorou após a implementação do programa de segurança do paciente (22), avaliar as associações entre as dimensões da cultura de segurança do paciente e as práticas de notificação percebidas de eventos de segurança de gravidade variável (25) e investigar as relações entre dimensões da cultura de segurança do paciente em diferentes culturas (20).

Nas pesquisas sobre a cultura de segurança, as dimensões que apresentaram valores elevados de resposta positiva foram trabalho em equipe dentro das unidades (13, 17, 18, 24, 33), aprendizado organizacional-melhoria contínua (17, 18, 24, 33), expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente (24), frequência de relato de eventos (22, 27).

As dimensões que registraram valores mais baixos de resposta positiva, respostas não punitivas aos erros (13, 17, 18, 22, 25, 33) e frequência de relato de eventos (17, 24), abertura da comunicação (18, 22), percepção geral da segurança do paciente (22), apoio da gestão para a segurança do paciente (13, 27).

Nos estudos que investigaram o clima de segurança, os domínios de segurança que tiveram pontuação mais alta foram satisfação no trabalho (12, 15, 16, 26, 28, 31, 32), clima de trabalho em equipe (16, 23, 28, 30) e condições de trabalho (21). No estudo 12, todos os domínios tiveram resposta positiva, exceto a dimensão percepção do estresse.

Já os domínios de segurança que tiveram pontuação mais baixa foram percepção da gerência unidade/hospital (12, 15, 26, 30, 31), percepção do estresse (12, 16, 23, 31, 32), medo da culpa e punição (19, 29), medo da vergonha (29), clima de segurança (19) e condições de trabalho (28).

Os achados demonstraram que o clima de segurança positivo impacta positivamente na cultura de segurança (14), favorece a notificação de eventos (25, 27) e possibilita a melhoria da qualidade (16, 23, 27, 32).

No sentido oposto, o clima de segurança negativo enfraquece a cultura de segurança (13, 15, 19, 29), está relacionado à diminuição do relato de eventos por fortalecer a resposta punitiva ao erro (13, 17) e ao medo da culpa e da vergonha (19, 29). O clima de segurança frágil requer educação permanente (31) e melhoria do programa de segurança do paciente (22).

O clima de segurança apareceu como uma construção multinível (30), que sofre variações entre profissionais de categorias diferentes (15, 16, 19, 21, 24, 32), com diferenças na escolaridade (12, 15, 16, 21, 26, 31), dentro da mesma unidade (22, 30) ou entre unidades (22, 30, 32).

Identificou-se que o nível de educação/treinamento tem um impacto positivo na cultura de segurança e no clima de segurança (14, 15, 16) e que existe diferença na percepção de segurança do paciente entre categorias profissionais da mesma instituição (12, 15, 16, 18, 21, 31, 32).

Discussão

A qualidade dos serviços de saúde tem sido relacionada com a cultura de segurança do paciente; nesse sentido, os questionários HSOPSC e SAQ têm sido amplamente utilizados por diversos países para coletar dados sobre a cultura de segurança do paciente e o clima de segurança (34, 35). O PSCHO também é utilizado para obter dados sobre o clima de segurança, no entanto acrescenta

as dimensões medo da culpa, medo da vergonha e mais três itens que questionam os entrevistados se presenciaram ou estiveram envolvidos na prestação de cuidado inseguro (35, 36).

A taxa de resposta de todos os estudos foi superior a 50 %, o que é um dos critérios para a avaliação da qualidade da ferramenta utilizada neste estudo (11). Em 85 % dos estudos selecionados para esta revisão (14-19, 21, 22, 24, 26-33), a taxa foi superior a 60 %. A literatura sugere que taxas superiores a 60 % sejam representativas (37).

A dimensão trabalho em equipe dentro das unidades foi identificada como dimensão forte (38, 39), no entanto aparece também como uma dimensão com potencial de melhoria (40, 41), que, quando fortalecida, possibilitará o comprometimento entre os profissionais e o fortalecimento do clima de segurança.

Há divergências na percepção da participação de gerentes e líderes. Essa divergência pode estar relacionada com o real engajamento dos gestores no fortalecimento das ações de segurança e melhoria do clima organizacional (38, 41) ou com a reticência dos trabalhadores em expressar opiniões negativas sobre gerentes e instituições (38).

Os escores baixos identificados quanto à abertura de comunicação podem estar associados com a relação rígida entre trabalhadores e gestores, o que acarreta um comportamento passivo no que se refere à notificação de eventos (42), pois não há espaço para discutir erros (34). Essa postura se reflete em silêncio organizacional, que enfraquece iniciativas individuais. Além de desestimular a emissão de opiniões, pensamentos e sugestões que poderiam contribuir para a melhoria de processos e serviços (43).

A frequência de relato de eventos pode estar associada negativamente com respostas não punitivas aos erros, uma vez que os profissionais temem que seus erros sejam utilizados para puni-los (1, 44) ao invés de oportunidade de melhoria (44). Os estudos que apresentaram essa dimensão com resultados positivos os associaram à implementação do programa de segurança do paciente (22) e ao clima de segurança positivo (27).

Estudos apontam que a satisfação no trabalho e o clima organizacional influenciam positivamente a cultura de segurança (45, 46), exercendo um papel significativo na garantia da qualidade dos serviços de saúde (46), por conseguinte, na segurança do paciente.

Já a percepção do estresse aborda o quanto cada profissional consegue perceber que a carga de estresse favorece situações de risco para a segurança do paciente (34), uma vez que a dificuldade em perceber e em lidar com fatores estressores podem resultar em erros, redução da produtividade, sentimentos de desconforto, doença ou mau desempenho da equipe (4).

A identificação de fragilidades na cultura de segurança do paciente é considerada uma oportunidade para a melhoria da qualidade (47). Nesse contexto, identificar e monitorar as dimensões ou os domínios com menores escores pode se tornar um subsídio para o estabelecimento de estratégias para desenvolvê-los, bem como para o fortalecimento das dimensões e dos domínios mais robustos.

A interação entre o clima de segurança e a cultura de segurança merece atenção de pesquisadores, gestores e trabalhadores da saúde. O impacto da influência organizacional incide sobre todo o sistema assistencial, sendo um desafio, para a segurança do paciente, a maturidade de uma cultura de segurança que permeie todas as ações da prática assistencial (34).

O clima de segurança e a cultura de segurança tiveram um impacto positivo um sobre o outro, o que sugere que, com o aumento do clima de segurança, a cultura de segurança o acompanhe e vice-versa (14). Existe uma relação complexa entre cultura de segurança e clima de segurança, o que pode indicar que organizações com certo tipo de cultura podem desenvolver mais ou menos um clima de segurança positivo (48).

As evidências apontam que a insuficiência nos relatos de eventos está relacionada com a confiança numa cultura de culpa, ao invés de uma cultura de segurança, gerenciamento de riscos e sistema de melhoria (49), impedindo uma cultura justa, participativa e aberta entre profissionais e gestores (39). No entanto, ocasionalmente a culpabilização do profissional por erros frequentes, causados por descuido ou não adesão aos padrões de segurança, pode ser adequada (50).

Por isso, as instituições devem estimular a cultura de segurança do paciente entre todos os profissionais com vistas à melhoria da qualidade (51). A educação permanente é apresentada como uma ferramenta para a inserção da segurança do paciente no cotidiano dos profissionais de saúde (52). O treinamento interdisciplinar em equipe aparece como uma estratégia para fortale-

lecer a relação entre as equipes e resolver mal-entendidos que podem ter impacto no cuidado ao paciente (53).

Pela existência de microculturas locais dentro das organizações (34), o conhecimento da cultura organizacional permitirá que gestores identifiquem as diferenças entre os serviços do mesmo hospital, o que promove seu aperfeiçoamento (54).

Nesse contexto, é possível que a cultura de segurança seja percebida de forma distinta entre as categorias profissionais (41), o que traz à tona a necessidade de se conhecer essa diferença para tornar possível o planejamento e a implementação de ações que visem uniformizar e fortalecer a percepção da cultura de segurança.

Considera-se a segurança do paciente um dos pilares da qualidade da assistência em saúde (41), um requisito para a garantia da qualidade do cuidado (55). A implantação do Núcleo de Segurança do Paciente denota um avanço para o incentivo à cultura de segurança do paciente e da qualidade do cuidado à saúde, pois revela a preocupação e o apoio de gestores às ações de melhorias na estrutura e nos processos, cujo objetivo é a melhoria da assistência (56).

A preocupação com a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde, com foco no cuidado livre de danos, tem sido objetivo almejado por instituições no mundo inteiro. Uma cultura de segurança positiva promoverá a aprendizagem individual e organizacional, possibilitando a consecução de um atendimento de qualidade (53). Isso porque a cultura organizacional pode influenciar diretamente a cultura de segurança do paciente no que se refere a riscos, expectativas e ações (57).

Estudar o efeito da cultura organizacional sobre a cultura de segurança do paciente pode ser uma ferramenta eficaz para a redução dos danos decorrentes da assistência à saúde, uma vez que a cultura organizacional positiva proporciona um ambiente de segurança mais efetivo.

Nesse sentido, esperamos que este estudo possa contribuir para a prática profissional, pois conhecer as potencialidades e fragilidades na cultura organizacional possibilitará a identificação dos múltiplos fatores que colocam em risco a segurança do pa-

ciente, e para a pesquisa, pois a compreensão do que determina uma assistência segura pode orientar processos educativos mais efetivos e possibilitar o estabelecimento de evidências que apontem as necessidades de aprimoramento do cuidar em saúde.

Conclusões

O objetivo proposto para esta revisão foi alcançado, pois foi possível identificar o efeito da cultura organizacional sobre a cultura de segurança do paciente hospitalizado. O efeito é positivo quando a cultura organizacional é forte, orientada para a melhoria dos processos e da qualidade, resultando em fortalecimento da cultura de segurança do paciente e consecução de resultados positivos relacionados com a assistência em saúde. Ao passo que a cultura organizacional frágil e punitiva está relacionada com a cultura de segurança deficitária em que os eventos adversos com ou sem danos podem estar mais presentes.

Ainda há um caminho longo a ser percorrido na busca de uma assistência segura, mas é incontestável que fortalecer a cultura de segurança do paciente é o rumo a ser seguido. As evidências direcionam no sentido da necessidade de se estabelecer uma cultura justa, não punitiva, orientada para o desenvolvimento da capacidade interpessoal, profissional e institucional.

Muito tem sido estudado sobre a cultura de segurança e a cultura organizacional, no entanto a efetiva interação entre ambas ainda é pouco relatada na literatura, o que possivelmente torna o tema relevante para estudos futuros, uma vez que a maioria das pesquisas realizadas investigou o diagnóstico situacional e pouco se avançou no sentido de investigar a implicação para a prática profissional e a repercussão para a segurança do paciente hospitalizado.

Como limitação deste estudo, tem-se a escolha de apenas quatro bases de dados, que foi considerada adequada para a seleção de estudos de acordo com o tema e o objetivo propostos, mas pode ter permitido que estudos elegíveis não fossem alcançados, bom como a restrição a estudos publicados em inglês, português e espanhol, além da não realização de metanálise.

Conflito de interesse: nenhum declarado.

Referências

1. Silva-Batalha EMS da, Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: Diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto e Context Enferm*. 2015;24(2):432-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>
2. Fan CJ, Pawlik TM, Daniels T, Vernon N, Banks K, Westby P *et al*. Association of Safety Culture with Surgical Site Infection Outcomes. *J Am Coll Surg*. 2016;222(2):122-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2015.11.008>
3. National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety for primary care — The full reference guide [internet]. Londres; 2006. Available from: <https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/directorates/files/Seven%20steps%20to%20safety.pdf>
4. World Health Organization (WHO). Human Factors in patient safety: Review of topics and tools [internet]. 2009. Available from: https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf
5. Schein, EH. Organizational Culture. *American Psychologist*. 1990;45:109-19. Available from: [http://ciow.org/docsB/Schein\(1990\)OrganizationalCulture.pdf](http://ciow.org/docsB/Schein(1990)OrganizationalCulture.pdf)
6. Colla, JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: A review of surveys. *Qual Sf Health Care*. 2005;14(5):364-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2005.014217>
7. Silva-Batalha EM, Melleiro MM. Gestão hospitalar e cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem. *Rev. baiana saúde pública*. 2017;40(2016). DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2670>
8. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Plos Medicine*. 2009;6(7):e1000097. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
9. National Institute for Health Research (NIHR). PROSPERO International prospective register of systematic reviews. Available from: <https://www.crd.york.ac.uk/prospéro/#aboutpage>
10. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_sistemática.pdf
11. National Heart Lung and Blood Institute (NIH). Ferramenta de Avaliação de BI/Qualidade da NHL para estudos de coorte, observacional e transversal. Disponível em: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/in-develop/cardiovascular-risk-reduction/tools/cohort>
12. Kolankiewicz ACB, Schmidt CR, Carvalho REFL, Spies J, Dal Pai S, Lorenzini E. Patient safety culture from the perspective of all the workers of a general hospital. *Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]*. 2020;41:1-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190177>
13. Kumbi M, Hussen A, Lette A, Nuriye S, Morka G. Patient safety culture and associated factors among health care providers in Bale Zone Hospitals, southeast Ethiopia: An institutional based cross-sectional study. *Drug Healthc Patient Saf*. 2020;12:1-14. DOI: <https://doi.org/10.2147/DHPS.S198146>
14. Yari S, Naseri M, Akbari H, Shahsavari S, Akbari H. Interaction of safety climate and safety culture: A model for cancer treatment centers. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2019;20(3):961-9. DOI: <https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.3.961>
15. Magalhães FH, Pereira IC, Luiz RB, Barbosa MH, Ferreira MB. Patient safety atmosphere in a teaching hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp):e20180272. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180272>
16. Jiang K, Tian L, Yan C, Li Y, Fang H, Peihang S *et al*. A cross-sectional survey on patient safety culture in secondary hospitals of Northeast China. *Plos one*. 2019;14(3):e0213055. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213055>
17. Akologo A, Abuosi AA, Anaba EA. A cross-sectional survey on patient safety culture among healthcare providers in the Upper East region of Ghana. *Plos one*. 2019;14(8):e0221208. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221208>

18. Alqattan H, Cleland J, Morrison Z. An evaluation of patient safety culture in a secondary care setting in Kuwait. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 2018;13(3):272-80. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2018.02.002>
19. Zhou P, Bai F, Tang H *et al*. Patient safety climate in general public hospitals in China: Differences associated with department and job type based on a cross sectional survey. *BMJ Open*. 2018;8:e015604. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015604>
20. Najjar S, Baillien E, Vanhaecht K, Hamdan M, Euwema M, Vleugels A *et al*. Similarities and differences in the associations between patient safety culture dimensions and self-reported outcomes in two different cultural settings: A national cross-sectional study in Palestinian and Belgian hospitals. *BMJ Open*. 2018;8:e021504. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021504>
21. Li Y, Zhao Y, Hao Y, Jiao M, Ma H, Teng B *et al*. Perceptions of patient safety culture among healthcare employees in tertiary hospitals of Heilongjiang province in northern China: A cross-sectional study. *International Journal for Quality in Health Care*. *Journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2018;30(8):618-23. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy084>
22. Noord IV, Smits M, Zwijnenberg NC, Spreeuwenberg P, Wagner C. A nation-wide transition in patient safety culture: A multilevel analysis on two cross-sectional surveys. *International Journal for Quality in Health Care*. 2018;31(8):1-6. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy228>
23. Huang CH, Wu HH, Chou CY, Dai H, Lee YC. The Perceptions of physicians and nurses regarding the establishment of patient safety in a regional teaching hospital in Taiwan. *Iran J Public Health*. 2018;47(6):852-60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30087871/>
24. Rajalatchumi A, Ravikumar TS, Muruganandham K, Thulasisingam M, Selvaraj K, Reddy MM *et al*. Perception of patient safety culture among health-care providers in a Tertiary Care Hospital, South India. *J Nat Sc Biol Med*. 2018;9:14-8. DOI: https://doi.org/10.4103/jnsbm.JNSBM_86_17
25. Burlison JD, Quillivan RR, Kath LM, Zhou YM, Courtney SC, Cheng C *et al*. A multilevel analysis of U.S. Hospital patient safety culture relationships with perceptions of voluntary event reporting. *J Patient Saf*. 2016 [published online ahead of print, 2016 Nov 31]. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000336>
26. Carvalho RE, Arruda LP, Nascimento NK, Sampaio RL, Cavalcante ML, Costa AC. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2017;25:e2849. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1600.2849>
27. Cheikh AB, Bouafia N, Mahjoub M, Ezzi O, Nouira A, Njah M. Patient's safety culture among Tunisian healthcare workers: Results of a cross sectional study in university hospital. *Pan Afr Med J*. 2016;24:299. DOI: <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.24.299.8466>
28. Elsous A, Sari AA, Rashidian A, Aljeesh Y, Radwan M, AbuZaydeh H. A cross-sectional study to assess the patient safety culture in the Palestinian hospitals: A baseline assessment for quality improvement. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2016;7(12):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1177/2054270416675235>
29. Zhou P, Bundorf MK, Gu J, He X, Xue D. Survey on patient safety climate in public hospitals in China. *BMC Health Services Research*. 2015;15(1):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0710-x>
30. Kristensen S, Badsberg JH, Rischel V, Anhøj J, Mainz J, Bartels P. The patient safety climate in Danish hospital units. *Dan Med J*. 2015;62(11):A5153. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26522479/>
31. Barbosa MH, Sousa EM, Felix MM, Oliveira KF, Barichello E. Clima de segurança do paciente em um hospital especializado em oncologia. *Rev. Eletr. Enf.* [internet]. 2015;17(4). Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/34614/>
32. Chakravarty A, Sahu A, Biswas M, Chatterjee K, Rath S. A study of assessment of patient safety climate in tertiary care hospitals. *Medical Journal Armed Forces India*. 2015;71(2):152-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2015.01.007>
33. Al Mandhari A, Al-Zakwani I, Al-Kindi M, Tawilah J, Dorvlo A, AlAdawi S. Patient Safety Culture Assessment in Oman. *Oman Medical Journal*. 2014;29(4):264-70. DOI: <https://doi.org/10.5001/omj.2014.70>
34. Santiago TH, Turrini RN. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. esc. enferm. USP*. 2015;49(spe):123-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>

35. Cunha MR, Guirardello EB. Patient Safety Climate in Healthcare Organizations: tradução e adaptação para a cultura brasileira. *Rev. Gaúcha Enferm.* [internet]. 2018;39:e20180010. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180010>
36. Singer S, Meterko M, Baker L, Gaba D, Falwell A, Rosen A. Workforce perceptions of hospital safety culture: Development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey. *Health Services Research.* 2007;42(5):1999-2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00706.x>
37. Hamdan M. Measuring safety culture in Palestinian neonatal intensive care units using the Safety Attitudes Questionnaire. *J CritCare.* 2013;28(5):886.e7-e14. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2013.06.002>
38. Tereanu C, Sampietro G, Sarnataro F, Siscanu D, Palaria R, Savin V, Cliscovscaia T, Pislaru V, Oglinda V, Capmare L, Ghelase M, Turcanu T. Survey on patient safety culture in the Republic of Moldova: A baseline study in three healthcare settings. *Medicine and Pharmacy Reports* [internet]. 2018;91(1):65-4. DOI: <https://doi.org/10.15386/CJMED-869>
39. Fassarella CS, Silva LD, Camerini FG, Barbieri-Figueiredo M. Indicador organizacional da cultura de segurança em um hospital universitário [Organizational indicator of safety culture in a university hospital] [Indicador organizacional de la cultura de seguridad en un hospital universitario]. *Revista Enfermagem UERJ.* 2019;27:e34073. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.34073>
40. Fassarella CS, Camerini FG, Henrique DM, Almeida LF, Figueiredo MCB. Evaluation of patient safety culture: Comparative study in university hospitals. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03379. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017033803379>
41. Notaro MK, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK, Manzo BF. Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2019;27:e3167. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>
42. Boughaba A, Aberkane S, Youcef-Oussama F, Djebabra M. Study of safety culture in healthcare institutions: Case of an Algerian hospital. *Int J Health Care Qual Assur.* 2019; 32(7):1081-97. DOI: <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-09-2018-0229>
43. Harmanci AK, Topcu İ, Bacaksiz FE, Baydin, NU, Ekici ET, Yildirim, A. Organisational silence among nurses and physicians in public hospitals. *J Clin Nurs.* 2018;27:1440-51. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14294>
44. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MO. Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente em Terapia Intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto contexto - enferm.* [internet]. 2016;25(2):e1610015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>
45. Merino-Plaza MJ, Carrera-Hueso FJ, Roca-Castelló MR, Morro-Martín MD, Martínez-Asensi A, Fikri-Benbrahim N. Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente. *Gac Sanit* [internet]. 2018;32(4):352-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.02.009>
46. González IB, Melo NA, Limón ML. (2014). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios Gerenciales.* 2015;31:8-19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.estger.2014.08.003>
47. Andrade LE, Lopes JM, Filho MC, Júnior RF, Farias LP, Santos CC *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018;23(1):161-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>
48. Petitta L, Probst TM, Barbaranelli C, Ghezzi V. Disentangling the roles of safety climate and safety culture: Multi-level effects on the relationship between supervisor enforcement and safety compliance. *Accident Analysis & Prevention.* 2017;99:77-89. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aap.2016.11.012>
49. Shaw CD. Quality and safety of health care in the Republic of Moldova. WHO Regional Office for Europe. Republic of Moldova; 2015. (Health Policy Paper Series No. 19). Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/281869/Quality-safety-of-health-care-in-MDA.pdf
50. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: A systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions, *International Journal for Quality in Health Care.* 2018;30(9):660-77. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>

51. Siddharth V, Koushal VK, Goyal V. Patient safety is the need of the hour: A study in nursing department of a tertiary care teaching hospital. *International Journal of Research Foundation of Hospital & Healthcare Administration*. 2017;5(2):55-9. DOI: <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10035-1076>
52. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJ, Predebon CM, Sanches MO, Pedro EN. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. *Esc. Anna Nery* [internet]. 2016;20(3):e20160068. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>
53. Elmontsri M, Almashrafi A, Banarsee R *et al*. Status of patient safety culture in Arab countries: A systematic review. *BMJ Open*. 2017;7:e013487. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/2/e013487>
54. Fassarella CS, Silva LD, Camerini FG, Figueiredo MC. Nurse safety culture in the services of a university hospital. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):767-73. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0376>
55. Santos FJ, Nascimento HM, Santos JM, Cunha JO, Santos JC, Pena JA. Patient safety culture in a low-risk maternity hospital. *ABCS Health Sci*. [internet]. 2019;44(1). DOI: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v44i1.1066>
56. Santos RP, Soppa FB, Ruths JC, Rizzoto ML. Evaluation of the implantation of a patient safety nucleus. *Rev. enferm. UFPE on line*. 2019;13(2):532-7. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238189/>
57. Bishop AC, Boyle TA. The Role of safety culture in influencing provider perceptions of patient safety. *J Patient Saf*. 2016;12(4):204-9. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000092>

APÊNDICE E - Artigo de reflexão:

artigo

Coelho da Silva, L.; Caldas, C.P.; Santos, I.;
Políticas públicas de saúde orientadas para a segurança do paciente: uma reflexão teórica

DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i53p2430-2435>

Políticas públicas de saúde orientadas para a segurança do paciente: uma reflexão teórica

Public health policies oriented towards patient safety: a theoretical reflection

Políticas de salud pública orientadas hacia la seguridad del paciente: una reflexión teórica

RESUMO

A preocupação com a qualidade do serviço de saúde já descrita por Hipócrates desde os primórdios da medicina emergiu com o passar dos anos após a realização de estudos que apontaram para o número de danos à saúde e mortes relacionados a erros durante o cuidado. Políticas públicas foram instituídas internacionalmente, com a preocupação de garantir a segurança do paciente atendidos nos serviços de saúde. Refletir sobre a implementação das políticas públicas de saúde formuladas para a segurança do paciente foi o objetivo deste estudo. Concluímos que o desafio para o enfrentamento da redução dos riscos e dos danos na assistência à saúde dependerá do fortalecimento da cultura de segurança por parte dos profissionais nos próximos anos, aliada às políticas de segurança do paciente, instituídas nacionalmente.

DESCRIPTORES: Política Pública de Saúde; Segurança do Paciente; Qualidade dos Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

The concern with the quality of the health service offered is a concern already described by Hippocrates in the early days of medicine and that emerged with the passing of the years after the realization of studies that pointed to the number of health damage and deaths related to errors During care. Public policies were instituted internationally, with the concern to ensure the safety of the patient attended in the health services. The objective of this study was to reflect on the implementation of public health policies formulated for patient safety. We conclude that the challenge to cope with the reduction of risks and harm in health care will depend on the strengthening of the safety culture by the professionals in the coming years, together with the patient's safety policies, instituted nationally.

DESCRIPTORS: Public Health Policy; Patient Safety; Quality of Health Care.

RESUMEN

La preocupación por la calidad del servicio de salud ofrecido es una preocupación ya descrita por Hipócrates en los primeros días de la medicina y surgió con el paso de los años después de la realización de estudios que apuntaban al número de daños a la salud y muertes relacionadas con errores durante el cuidado. Las políticas públicas se instituyeron internacionalmente, con la preocupación de garantizar la seguridad del paciente atendido en los servicios de salud. El objetivo de este estudio fue reflexionar sobre la aplicación de las políticas de salud pública formuladas para la seguridad del paciente. Concluimos que el desafío de hacer frente a la reducción de riesgos y daños en la atención sanitaria dependerá del fortalecimiento de la cultura de seguridad por los profesionales en los próximos años, juntamente con las políticas de seguridad del paciente, instituídas nacionalmente.

DESCRIPTORES: Política Sanitaria Pública; Seguridad del Paciente; Calidad de la Atención Sanitaria.

RECEBIDO EM: 25/01/2020 APROVADO EM: 26/01/2020

Leonor Coelho da Silva

Enfermeira, Mestre. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UERJ. Capitão- Tenente (S) do Corpo de Saúde da Marinha do Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5633-549X>

Célia Perelra Caldas

Enfermeira. Pós-Doutora. Professora titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6903-1778>

Iraci dos Santos

Enfermeira. Pós-Doutora. Professora Titular do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1734-5561>

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde, historicamente, sofre a influência de condicionantes econômicos e sociais, e estes podem determinar a qualidade do serviço prestado à população. Sendo a saúde direito fundamental, a formulação e implementação de políticas públicas que assegurem que seja prestada de forma segura e eficaz pode minimizar o impacto das questões socioeconômicas. "A saúde define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas"⁽¹⁾.

Repensar o cuidado à saúde, para além da questão de ser um direito legal, mas que os cidadãos possam usufruí-lo com a garantia de que quando necessário o receberão com a preocupação que este seja orientado às suas necessidades e livres de danos, impulsionou a formulação de políticas públicas orientadas para a segurança do paciente. Neste sentido, a segurança do paciente emergiu como preocupação e compromisso internacional, fundamentada em políticas públicas com objetivo de garantir a qualidade no serviço oferecido.

Os resultados negativos em saúde são conhecidos principalmente como eventos adversos ou qualquer tipo de incidente com potencial para causar danos aos pacientes e que pode fornecer importantes informações para a construção de um sistema de saúde mais seguro⁽²⁾. A segurança do paciente pode ser definida como a diminuição do risco de danos desnecessários associados ao cuidado à saúde, até o mínimo aceitável⁽³⁾.

Desde os primórdios da medicina, Hipócrates (400-377 a.C.) apontava que a prestação de cuidados não deveria causar prejuízo ao paciente, de modo que "Primum non nocere" é reconhecida como uma das primeiras citações relacionadas à segurança do paciente⁽⁴⁾.

No século XX, o médico e professor Avdis Donabedian, através de seu estudo de qualidade, comprovou que mudanças na estrutura dos processos convertem-se em medidas indiretas de qualidade dos cuidados⁽⁵⁾.

No contexto de busca da melhoria da qualidade pela padronização dos processos, em 1951, foi fundada nos Estados Unidos a empresa não governamental e sem fins lucrativos Joint Commission Accreditation of Hospitals

(JCAH), nome alterado à posteriori para Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), cuja missão é: "melhorar continuamente os cuidados de saúde para o público, (...) avaliando as organizações de saúde e inspirá-las a se destacar na prestação de cuidado seguro e eficaz"⁽⁶⁾.

Em 1999, com a publicação do relatório "Errar é Humano", houve uma sinalização para o fortalecimento de uma cultura de segurança a nível organizacional, como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar. A magnitude do problema da segurança do paciente foi fortemente evidenciada, pois resultados revelaram que de 44 a 98 mil americanos morriam anualmente em decorrência de erros associados aos cuidados em saúde⁽⁷⁾.

Sob esta perspectiva, ao considerar a segurança do paciente como critério de qualidade, orientada através de políticas implementadas para garantir sua consecução, utilizou-se para nortear este estudo a questão: Como se deu o desenvolvimento da segurança do paciente enquanto política pública de saúde? Com o objetivo de refletir sobre a implementação das políticas públicas de saúde voltadas para a segurança do paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico, de análise crítica, inspirado nas argumentações e entendimentos que emergiram durante a disciplina Tendências no cuidar/ cuidado: um enfoque centrado na família, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, ministrada para alunos do mestrado e doutorado acadêmicos no segundo semestre de 2018.

Os autores tomaram por base a Constituição Federal de 1988 para problematizar a evolução e consolidação da Segurança do Paciente enquanto política de saúde.

DISCUSSÃO

Segurança do paciente enquanto política pública

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde no Brasil como direito universal, passando a ser dever constitucional de todas as esferas de governo e extensivo a todos os cidadãos, não somente ao trabalhador segurado. O conceito

de saúde foi ampliado e vinculado às políticas⁽⁸⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou em 2004 um Programa de Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e propôs ações com objetivo de melhorar as práticas no cuidado à saúde e reduzir os riscos de danos ao paciente. Para isso, estabeleceu três desafios globais: "Cuidado limpo é cuidado mais seguro" (2005), "Cirurgias seguras salvam vidas" (2008) e "Uso seguro de medicamentos" (2017). O Brasil, por ser um Estado-membro da OMS, aderiu aos desafios e vem desenvolvendo trabalhos para melhoria da atenção à saúde⁽⁹⁾.

Em 2011 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aprovou o regulamento técnico RDC n.º 63, que preconiza a adoção de boas práticas por parte dos serviços de saúde públicos ou privados, civis ou militares, incluindo aqueles que implementam ações de ensino e pesquisa. A Resolução define padrões mínimos para o funcionamento destes serviços no que se refere à prestação e gestão do cuidado em saúde⁽¹⁰⁾.

Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) instituído pela Portaria n.º 529, de 1º de abril, normatizando em termos legais a dimensão "Segurança do Paciente", com vistas a contribuir para a qualificação do cuidado em saúde neste aspecto, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional⁽¹¹⁾.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 36 regulamentou ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Destaca-se a obrigatoriedade da criação dos Núcleos de Segurança do Paciente em todos os hospitais brasileiros e a elaboração dos Planos de Segurança do Paciente, onde ficam estabelecidas estratégias e ações de Gestão de Risco na assistência a fim de evitar a ocorrência de incidentes que levem ao dano aos pacientes atendidos⁽¹²⁾.

A formulação de políticas públicas orientadas para a segurança do paciente emergiu como importante fator na busca de qualidade e de garantia de assistência livre de danos. No entanto, somente sua formulação, sem o comprometimento de gestores e profissionais na sua correta implementação, parece insuficiente para que a assistência segura seja alcançada.

Segurança do Paciente no Brasil

O Brasil orientado pelos mesmos objetivos

artigo

Coelho da Silva, L.; Caldas, C.P.; Santos, I.
Políticas públicas de saúde orientadas para a segurança do paciente: uma reflexão teórica

da OMS e por iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde, estabeleceu a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (RE-BRAENSP), cujo papel fundamental é disseminar e sedimentar a cultura de segurança⁽¹³⁾.

No Brasil, em 2018, foram notificados 103.275 casos de incidentes relacionados à assistência à saúde, dos quais 96.113 (93%) ocorreram em ambiente hospitalar. Dos quais 49.600 (51%) ocorreram nas unidades de internação, 27.147 (28%) nas unidades de terapia intensiva adulta, pediátrica e neonatal, 7.158 (7,5%) na emergência e 4.912 (7%) no centro cirúrgico⁽¹⁴⁾. Este número possivelmente não reflete a realidade, uma vez que a subnotificação é uma realidade, muitas vezes ocasionada pela preocupação com a manutenção do emprego, medo de punições e das consequências legais.

Transcorridos pouco mais de cinco anos da instituição do PNSP, percebemos que houve um avanço no fortalecimento da cultura de segurança do paciente, na formulação e implementação de estratégias e ações orientadas para a garantia

de ofertar um cuidado seguro, mas que estimular a notificação, descontinuando o caráter punitivo a ela associado, pode ser um importante fator para subsidiar treinamentos e ações orientadas às reais necessidades dos profissionais.

Instituições públicas e privadas têm se empenhado na padronização de processos, com vistas a minimizar possíveis erros ocorridos durante a prestação do cuidado em saúde, ainda há um caminho a ser percorrido, mas já ter saído da inércia possibilita que este objetivo seja factível.

A sensibilização sobre o problema tornou a segurança do paciente uma dimensão prioritária da qualidade do cuidado e componente crítico de gestão dos sistemas e serviços de saúde⁽⁷⁾.

CONCLUSÃO

O desafio para o enfrentamento da redução dos riscos e dos danos na assistência à saúde dependerá da necessária mudança de cultura dos profissionais para a segurança, nos próximos anos, aliada à política de segurança

do paciente, instituída nacionalmente. Desta forma, investir na mudança de sistema, no aperfeiçoamento da equipe de saúde, na utilização de boas práticas, no aprimoramento das tecnologias e na melhoria dos ambientes de trabalho constituem ações primordiais para o alcance dos melhores resultados para os usuários dos serviços de saúde, família e comunidade, bem como para os profissionais.

Possivelmente já houve um incremento importante na cultura de segurança do paciente entre profissionais e gestores, mas esta deve ser uma preocupação institucional, e seu fortalecimento deve permear os objetivos das instituições que prestam cuidado à saúde.

Disseminar e fortalecer a cultura de segurança nos serviços de saúde, no sentido de ampliar a visão e o enfrentamento dos profissionais e gestores diante dos erros, pode contribuir decisivamente para a redução dos riscos e incidentes no contexto do cuidado em saúde, por proporcionar a implementação de ações de melhorias em busca de um cuidado seguro. ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da saúde (BR) Conferência Nacional de Saúde, 8º Relatório Final. Brasília (DF): MS; 1986.
2. Victora CG, et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *Lancet*. 2011; 90-102.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 529 de 10 de abril de 2013: institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): MS; 2013.
4. Sousa P. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: ENSP; 2014.
5. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press. 1980; 1.
6. Joint Commission International [Internet]. Oak Brook: Joint Commission International. 2015 [acesso em 30 out 2018]. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org>.
7. Reis CT, Martins M, Languardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado em saúde: um olhar sobre a literatura. *Cienc. saúde coletiva* (Online). 2013; 8(7):2029-36.
8. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília (DF). Presidência da República, 2016 [acesso em 30 out 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
9. World Health Organization. Medication without harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2017 [acesso em 30 out 2018]. Disponível em: <http://who.int/patientsafety/medication-safety/en/>.
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). RDC n.º 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília (DF): ANVISA; 2011.
11. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Segurança do Paciente/Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Internet]. – Brasília (DF): MS; 2014 [acesso em 02 dez 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.
12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 25 Jul. Brasília (DF): ANVISA; 2013.
13. Caldana G, Guirardello EB, Urbanetto JS, Peterline MAS, Gabriel CS. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. *Texto & contexto enferm*. 2015; 24(3).
14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde no 20: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2018. nov. Brasília (DF): ANVISA; 2019.

ANEXO A- Termo de consentimento do setor

Anexo A



MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS
CONSELHO AVALIADOR DE PROJETOS DE PESQUISA

TÍTULO: Cultura de Segurança na Emergência de um Hospital Militar em tempos de pandemia de COVID-19

AUTORA: Leonor Coelho da Silva

ORIENTADORA: Profª Drª Célia Pereira Caldas

TERMO DE CONSENTIMENTO DO SETOR

Eu, Leonor Coelho da Silva, participante da pesquisa supracitada como pesquisadora responsável, tenho por objetivo desenvolver um estudo que se destina a Investigar a cultura de segurança do paciente no Serviço de Emergência em tempos de pandemia de COVID-19.

Solicitamos, através deste, seu consentimento para que seja possível a coleta de dados da pesquisa neste Setor, onde serão realizadas a aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HOSPSC)* e um Grupo Focal com os profissionais de saúde do Serviço de Atendimento de Emergência.

Quanto ao orçamento, ressalto que, para fins de esclarecimentos, que o desenvolvimento do projeto não terá contribuição de órgãos de pesquisa, sendo este financiado sob responsabilidade da própria autora, no que se refere ao material utilizado para coleta de dados e ao relatório de pesquisa.

O aceite do setor representará uma contribuição às ações assistenciais dos profissionais de saúde e um incremento às ações de segurança para pacientes atendidos neste Serviço.

Parecer do Chefe do Setor: Parecerável

Rio de Janeiro, 03 de fevereiro de 2021

CF (Md) MARIA DO CARMO Dore Miguez Oliveira
Chefe do Serviço de Atendimento de Emergência

Mª do Carmo D. M. Oliveira
Capitão de Fragata (Md)
CRM: 52-59042-5

CT (S) LEONOR Coelho da Silva
Pesquisadora

Profª Drª Célia Pereira Caldas
Orientadora

ANEXO B- Carta de anuência



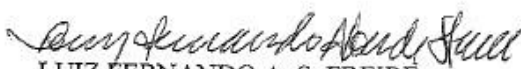
MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

Instituição Co-participante

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro ter lido e concordo com o Parecer Técnico do CAPPq/HNMD nº 0321 emitido pelo Conselho Avaliador de Projetos de Pesquisa, ter ciência de que o projeto será encaminhado para avaliação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRJ (CEP/UFRJ), conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do projeto de pesquisa **“Cultura de segurança na emergência de um hospital militar em tempos de COVID-19.”** sob a responsabilidade de Leonor Coelho da Silva e da Professora Doutora Célia Pereira Caldas, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Rio de Janeiro, 29 de abril de 2021.


LUIZ FERNANDO A. S. FREIRE
Capitão de Mar e Guerra (Md)
Chefe do Departamento de Medicina Clínica

ANEXO C- Parecer final CAPPq



MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS
CONSELHO AVALIADOR DE PROJETOS DE PESQUISA

PARECER FINAL DO CAPPq N° 0321

Após avaliação do projeto pelo Conselho Avaliador de Projetos de Pesquisa (CAPPq) e envio de parecer para conhecimento e ratificação pelo Exmo. Sr. Diretor do HNMD, transmite-se abaixo o decidido.

Projeto de Pesquisa:

"Cultura de Segurança na Emergência de um Hospital Militar em tempos de COVID-19."

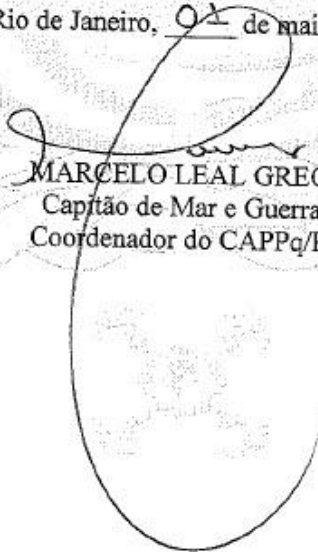
Pesquisador:

LEONOR COELHO DA SILVA

Considerações:

Este Conselho é favorável à realização da pesquisa, entretanto, o projeto deve ser inexoravelmente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HNMD), para que seja verificado se está em consonância com a Resolução CNS 466/2012. Solicitamos que seja enviado relatório final a este Conselho ao fim da pesquisa.

Rio de Janeiro, 01 de maio de 2021.


MARCELO LEAL GREGÓRIO
Capitão de Mar e Guerra (Md)
Coordenador do CAPPq/HNMD

ANEXO D - Parecer consubstanciado CEP UERJ

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cultura de Segurança na Emergência de um Hospital Militar em tempos de pandemia de COVID-19

Pesquisador: Leonor Coelho da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47252821.0.0000.5282

Instituição Proponente: Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.747.181

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa é de autoria de Leonor Coelho da Silva sob orientação da Profª Drª Celia Pereira Caldas, professora titular da Faculdade de Enfermagem – UERJ. Segundo a autora, "A cultura de segurança é caracterizada como o resultado de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura (FAN; PAWLIK; DANIELS, 2016; NPSA, 2006). A cultura organizacional também pode ser definida como o sistema de ações, valores e crenças compartilhado que se desenvolve numa organização e orienta o comportamento dos seus membros. Uma organização possui uma cultura forte porque tem uma história comum longa, ou porque tem experiências intensas e importantes partilhadas (SCHEIN, 1990). O clima de segurança pode ser definido como uma característica mensurável da cultura organizacional, através da percepção e atitude dos indivíduos, em determinado tempo (COLLA JB, 2005). As investigações acerca da avaliação da cultura de segurança e o impacto na gestão em saúde foram considerados essenciais para o desenvolvimento de uma assistência segura, com ênfase no aprendizado, melhoria contínua e abordagem não punitiva ao erro (WHO, 2009). Neste contexto, desperta-se para a necessidade de conhecer a cultura de segurança organizacional, com vistas à prevenção, detecção e avaliação de erros e eventos adversos, bem como para formulação e efetivação das medidas de melhoria que fomentarão a segurança dos pacientes (BATALHA; MELLEIRO, 2017). Cabe ressaltar que o desafio para o enfrentamento da redução dos riscos e dos

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.747.181

danos na assistência à saúde dependerá da necessária mudança da cultura de segurança por parte dos profissionais de saúde, nos próximos anos, alinhada à política de segurança do paciente, instituída nacionalmente. Desta forma, investir na mudança de sistema, no aperfeiçoamento da equipe de saúde, na utilização de boas práticas, no aprimoramento das tecnologias e na melhoria dos ambientes de trabalho constituem ações primordiais para o alcance dos melhores resultados para os usuários dos serviços de saúde, família e comunidade, bem como para os profissionais de saúde. Em dezembro de 2019 em Wuhan, na China, houve a identificação e caracterização de um novo coronavírus, o SARS-CoV-2, que causou uma epidemia de síndrome respiratória aguda em humanos. A epidemia, iniciada em 12 de dezembro de 2019, causou 2.794 infecções confirmadas laboratorialmente, incluindo 80 mortes até 26 de janeiro de 2020 (ZHOU, YANG, WANG, et al., 2020). O SARS-CoV-2 infecta pessoas de todas as idades. No entanto, evidências até o momento sugerem que dois grupos de pessoas têm maior risco de contrair a forma grave da doença COVID-19 (Coronavirus disease), os idosos e aqueles com doenças pré-existentes. No entanto a World Health Organization (WHO) enfatiza que todos devem proteger-se da COVID-19 e assim proteger aos outros (WHO, 2020a). O Diretor-Geral da WHO em 11 de março de 2020 em seu briefing regular à mídia afirmou que a WHO vinha avaliando esse surto 24 horas por dia e pela preocupação tanto pelos níveis alarmantes de disseminação e gravidade, quanto pelos níveis alarmantes de inação, caracterizou a COVID-19 como pandemia (WHO, 2020a). Dados oficiais disponibilizados até às 10 horas de 11 de março de 2020, informavam que a doença já estava presente em 113 países ou territórios, com um total de casos global de 118.319 casos confirmados e 4292 mortes, dos quais 80.955 casos confirmados e 3.162 mortes aconteceram na China (WHO, 2020a). Em 21 de junho, o número total de casos global de infecção pelo SARS-CoV-2 era 8.708,008 casos confirmados e 461.715 mortes (WHO, 2020b). No Brasil o primeiro caso confirmado de infecção por SARS-CoV-2 foi diagnosticado em 26 de fevereiro de 2020 no Estado de São Paulo. No Estado do Rio de Janeiro o primeiro caso foi diagnosticado em 05 de março de 2020. Em 12 de junho de 2020 o Brasil atingiu a marca de 41.828 mortes, tornando-se o segundo país com maior número de mortes por COVID-19; e em 22 de maio de 2020 o país passa a ser também o segundo maior em número de casos confirmados 330.890, ficando atrás somente dos Estados Unidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Em 30 de junho de 2020 após 4 meses de pandemia, o Brasil registrava 1402.041 casos confirmados e 59.594 mortes; no Rio de Janeiro, nesta data, o número total de casos confirmados era 112.611 e 10.080 mortes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Diante deste cenário, que trouxe dificuldades para o sistema de saúde mundial, pela quantidade de indivíduos acometidos ao mesmo tempo, falta de recursos materiais e mão de obra

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.747.181

qualificada para atender às necessidades de saúde da população, apresento como objeto desta Tese – A cultura de segurança do paciente no Serviço de Emergência. Entendendo que as dificuldades no gerenciamento da pandemia de COVID-19 potencializam a necessidade de conscientização dos profissionais de saúde para a adoção de atitudes seguras no cuidado aos indivíduos”.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: “Analisar a cultura de segurança do paciente no Serviço de Emergência de um hospital militar em tempos de pandemia de COVID-19.” Objetivo Secundário: “Identificar a percepção da cultura de segurança pela equipe multiprofissional do serviço de emergência; Discutir com a equipe as dimensões da cultura de segurança identificadas na unidade; Construir com a equipe multiprofissional da emergência um plano de ação, considerando as dimensões de cultura de segurança consideradas frágeis em tempos de Covid-19.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: “Espera-se que essa pesquisa traga como benefício o aprimoramento das ações assistenciais para a prestação de um cuidado seguro.”

Riscos: “O risco é mínimo, mas é possível que haja o risco de atraso dos atendimentos realizados pelo (a) senhor (a) e também um desconforto ao responder as perguntas feitas pela pesquisadora.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com objetivos claros e que poderá trazer contribuições para a área estudada. Ressalta-se ainda que o estudo é passível de ser replicado em outras instituições, podendo ser, no futuro, uma referência para a área de conhecimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: Assinada, datada e carimbada pela diretora da Faculdade de Enfermagem da UERJ.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Apresenta termo TCLE com todas as informações necessárias e de acordo com os dispositivos legais em vigor.

Termo de Assentimento: Não se aplica.

Termo de Autorização Institucional: Assinado, datado e carimbado pelo chefe de Departamento

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.747.181

de Medicina Clínica do Hospital Naval Marcílio Dias, Sr. Luiz Fernando A. S. Freire. Além disso, apresenta autorização da chefe do serviço de atendimento de emergência do referido hospital, Sra. Maria do Carmo D.M.Oliveira

Instrumentos: Apresenta o instrumento de coleta. Ressalta-se que se trata de instrumento já validado internacionalmente.

Cronograma: Cronograma compatível com as etapas de pesquisa.

FINANCIAMENTO: Apresenta o orçamento da pesquisa. Ressalta-se que se trata de financiamento próprio.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para maio de 2022. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao(à) Pesquisador(a): Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para análise das mudanças; informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; o comitê de ética solicita a V.S.^a que encaminhe a esta comissão relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e, ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.747.181

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1749639.pdf	22/05/2021 10:15:31		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	22/05/2021 10:13:03	Leonor Coelho da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	19/05/2021 15:47:00	Leonor Coelho da Silva	Aceito
Outros	Leonor_Lattes.pdf	09/05/2021 23:12:51	Leonor Coelho da Silva	Aceito
Outros	Aprovacao_qualificacao.pdf	09/05/2021 23:10:23	Leonor Coelho da Silva	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	09/05/2021 22:56:24	Leonor Coelho da Silva	Aceito
Outros	Parecer_Final_do_CAPPq.pdf	09/05/2021 22:51:50	Leonor Coelho da Silva	Aceito
Outros	Termo_de_Consentimento_do_Setor.pdf	09/05/2021 22:51:11	Leonor Coelho da Silva	Aceito
Declaração de concordância	Carta_de_Anuencia.pdf	09/05/2021 22:49:58	Leonor Coelho da Silva	Aceito
Outros	Termo_de_Sigilo_e_Confidencialidade.pdf	09/05/2021 22:48:40	Leonor Coelho da Silva	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso.pdf	09/05/2021 22:48:03	Leonor Coelho da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TESE_LEONOR.docx	09/05/2021 22:42:45	Leonor Coelho da Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma_projeto.docx	09/05/2021 22:34:36	Leonor Coelho da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 31 de Maio de 2021

Assinado por:
ALBA LUCIA CASTELO BRANCO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

ANEXO E - Parecer consubstanciado CEP HNMD



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cultura de Segurança na Emergência de um Hospital Militar em tempos de pandemia de COVID-19

Pesquisador: Leonor Coelho da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47252821.0.3001.5256

Instituição Proponente: INSTITUTO DE PESQUISAS BIOMEDICAS (IPB) DO HOSPITAL NAVAL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.759.950

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios". Foram retiradas dos arquivos Informações Básicas da Pesquisa PB – N°1749639.pdf 22/05/2021.

Trata-se de um projeto de tese de doutorado do Programa de Pós-graduação stricto-sensu da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro(instituição proponente). Aborda a temática de Cultura de segurança do paciente no serviço de emergência o qual é caracterizada como o resultado de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura (FAN; PAWLIK; DANIELS, 2016; NPSA, 2006). Em relação a cultura organizacional a pesquisadora ressalta como um sistema de ações, valores e crenças compartilhado que se desenvolve numa organização e orienta o comportamento dos seus membros. Deste modo, uma organização possui uma cultura forte porque tem uma história comum longa, ou porque tem experiências intensas e importantes partilhadas (SCHEIN, 1990). Tratar-se-á de um estudo de natureza descritiva com dupla abordagem, quantitativa e qualitativa, ou seja, será utilizado o método misto. O campo de pesquisa será o Serviço de Atendimento de emergência de um hospital militar do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. A coleta dos dados ocorrerá no período de setembro a dezembro de 2021, após aprovação pelo Comitê de Ética

Endereço: Rua Cezar Zama nº 185
 Bairro: Lins de Vasconcelos CEP: 20.725-090
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2599-5452 Fax: (21)2599-5452 E-mail: hnmd.cep@marinha.mil.br



Continuação do Parecer: 4.758.950

em Pesquisa, durante o horário laboral dos participantes, em duas fases: a primeira através da aplicação do questionário "Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)" para a coleta dos dados quantitativos; e a segunda com a técnica do Grupo Focal (GF), para a coleta dos dados qualitativos, respeitando os protocolos de segurança para prevenção da transmissão do SARS-CoV-2. Serão incluídos os profissionais de saúde militares e civis que atuem no Serviço de emergência há pelo menos 1 ano, e tenham feito parte da linha de frente do cuidado durante a pandemia de COVID-19 e aceitem participar voluntariamente da pesquisa assinando o TCLE. Serão excluídos profissionais que estiverem de férias ou licença e os que foram destacados para compor o efetivo da emergência durante a pandemia de COVID-19 mas que atuavam em outras áreas até então. Para o cálculo da amostra foi considerando o efetivo de profissionais do Serviço de Emergência, o quantitativo de profissionais elegíveis são 84 auxiliares e técnicos de enfermagem, 23 enfermeiros, 6 médicos, 01 fisioterapeuta e 1 nutricionista. Com base neste quantitativo fez-se o cálculo amostral, utilizando um nível de confiança de 95% e perda amostral de 10%. O número da amostra, N=58 sujeitos, foi encontrado após cálculo realizado no Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web (SestatNET). Os dados coletados através da aplicação do questionário HSOPSC serão organizados, armazenados e tratados de forma estatística no programa informático de estatística Statistical Package for Social Science (SPSS) 22.0 for Windows, onde serão submetidos à estatística descritiva simples, com cálculo das frequências absolutas e relativas, e apresentados em forma de tabelas, quadros e gráficos. Foram considerados estatisticamente significativos, aqueles cujas associações apresentarem $p < 0,05$. Na análise dos dados qualitativos (por meio do grupo focal) será utilizada a técnica de análise de conteúdo lexical método nuvem de palavras por meio do software Iramutec (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)

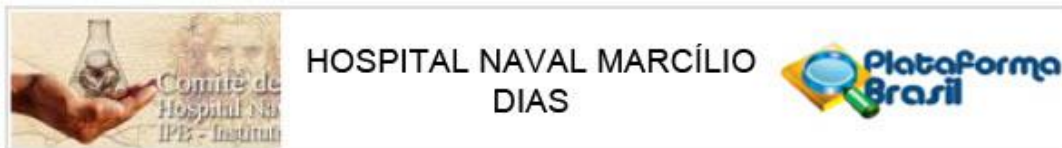
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Analisar a cultura de segurança do paciente no Serviço de Emergência de um hospital militar em tempos de pandemia de COVID-19.

Objetivos Específicos: Identificar a percepção da cultura de segurança pela equipe multiprofissional do serviço de emergência; Discutir com a equipe as dimensões da cultura de segurança identificadas na unidade; Construir com a equipe multiprofissional da emergência um plano de ação, considerando as dimensões de cultura de segurança consideradas frágeis em tempos de Covid-19.

Endereço: Rua Cezar Zama nº 185
 Bairro: Lins de Vasconcelos CEP: 20.725-090
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2599-5452 Fax: (21)2599-5452 E-mail: hnmd.cep@marinha.mil.br



Continuação do Parecer: 4.759.950

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco da pesquisa será mínimo, mas é possível que haja o risco de atraso dos atendimentos realizados pelo (a) senhor (a) e também um desconforto ao responder as perguntas feitas pela pesquisadora.

Em relação ao benefício, espera-se que a pesquisa possibilite o aprimoramento das ações assistenciais para a prestação de um cuidado seguro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para fortalecer a cultura de segurança no sentido de ampliar a visão e o enfrentamento dos profissionais e gestores para a redução dos riscos e incidentes no contexto do cuidado em saúde, pela implementação de ações de melhorias em busca de um cuidado seguro e qualificado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os seguintes Termos de Apresentação Obrigatória: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Termo de Sigilo e Confidencialidade assinado; Parecer com aprovação do CAAPq; Projeto de Pesquisa; Orçamento da Pesquisa; Cronograma de Atividades; Termo de Sigilo e Confidencialidade assinado; Termo de Consentimento do Setor assinado; Termo de Compromisso assinado; Folha de Rosto assinado; Informações Básicas do Projeto; Instrumento de coleta de dados e Carta de Anuência assinado.

Recomendações:

Sem sugestões

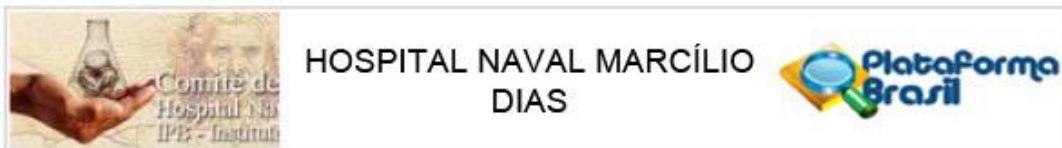
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A partir da avaliação este Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-HNMD, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto. Estando o Protocolo de acordo com as normas éticas vigentes.

Situação: Projeto aprovado.

Em consonância com a resolução e a Norma Operacional citada, o CEP recomenda ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento livre e esclarecido, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; e que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada

Endereço:	Rua Cezar Zama nº 185	CEP:	20.725-090
Bairro:	Lins de Vasconcelos	Município:	RIO DE JANEIRO
UF:	RJ	Telefone:	(21)2599-5452
		Fax:	(21)2599-5452
		E-mail:	hnmd.cep@marinha.mil.br



Continuação do Parecer: 4.759.950

06 (seis) Meses da pesquisa, com primeiro previsto para novembro de 2021 e ao término um relatório final com um sumário dos resultados do projeto, ressaltando ainda que os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	22/05/2021 10:13:03	Leonor Coelho da Silva	Aceito
Outros	Leonor_Lattes.pdf	09/05/2021 23:12:51	Leonor Coelho da Silva	Aceito
Outros	Aprovacao_qualificacao.pdf	09/05/2021 23:10:23	Leonor Coelho da Silva	Aceito
Outros	Parecer_Final_do_CAPPq.pdf	09/05/2021 22:51:50	Leonor Coelho da Silva	Aceito
Outros	Termo_de_Consentimento_do_Setor.pdf	09/05/2021 22:51:11	Leonor Coelho da Silva	Aceito
Outros	Termo_de_Sigilo_e_Confidencialidade.pdf	09/05/2021 22:48:40	Leonor Coelho da Silva	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso.pdf	09/05/2021 22:48:03	Leonor Coelho da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TESE_LEONOR.docx	09/05/2021 22:42:45	Leonor Coelho da Silva	Aceito

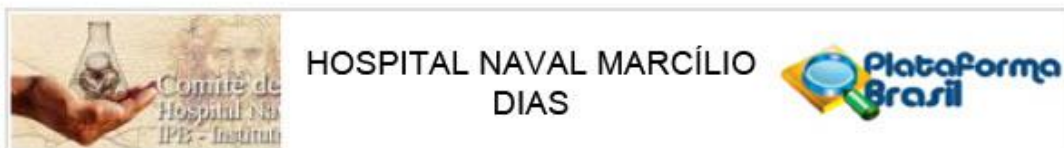
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Cezar Zama nº 185
 Bairro: Lins de Vasconcelos CEP: 20.725-090
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2599-5452 Fax: (21)2599-5452 E-mail: hnmd.cep@marinha.mil.br



Continuação do Parecer: 4.759.950

RIO DE JANEIRO, 08 de Junho de 2021

Assinado por:
Jacqueline de Roure e Neder
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cezar Zama nº 185
Bairro: Lins de Vasconcelos CEP: 20.725-090
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2599-5452 Fax: (21)2599-5452 E-mail: hnmd.cep@marinha.mil.br

ANEXO F - Termo de compromisso

Anexo D



MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS
CONSELHO AVALIADOR DE PROJETOS DE PESQUISA

TERMO DE COMPROMISSO

A usuária, Leonor Coelho da Silva, por meio desta declara estar ciente do termo de compromisso junto à INSTITUIÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS – MARINHA DO BRASIL (ICT-HNMD-MB), necessário para a utilização da infraestrutura institucional.

A usuária devidamente autorizada realizará parte do projeto intitulado: Cultura de Segurança na Emergência de um Hospital militar em tempos de pandemia de COVID-19, orientado/coordenado pela Profª Drª Célia Pereira Caldas, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Serão desenvolvidas nas mediações do Serviço de Atendimento de Emergência da ICT-HNMD-MB a seguinte etapa do projeto de pesquisa: coleta de dados e elaboração do plano de ação, com a utilização dos seguintes equipamentos: gravador de voz, com período de execução previsto de 01 / 07 / 2021 à 30 / 11 / 2021.

Normas Institucionais:

- 1 – É obrigatório estar de acordo com o Termo de Sigilo e Confidencialidade.
- 2 – É obrigatório o usuário estar ciente das Normas de Biossegurança pertinentes à utilização das dependências laboratoriais da instituição, bem como a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) durante sua estadia nas mesmas.
- 3 – É obrigatório a utilização adequada dos equipamentos da instituição com responsabilidade, prezando pelo seu bom funcionamento.
- 4 – É obrigatório o uso racional de todos os materiais e substâncias utilizadas durante os experimentos realizados nas dependências da instituição.
- 5 – É obrigatório o descarte adequado dos resíduos de qualquer natureza, destinando-os aos reservatórios específicos de acordo com as Normas de Biossegurança pertinentes, prezando pelos cuidados com o meio ambiente.
- 6 – Somente poderão permanecer no interior da instituição usuários identificados por crachá ou devidamente autorizados pelo Diretor do HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS (HNMD) ou pessoa por ele designada.
- 7 – É obrigatório o cumprimento dos horários pré-estabelecidos para a realização dos experimentos no interior da instituição.
- 8 – É proibida a retirada da instituição de qualquer material biológico ou de outra natureza, sem a devida autorização do Diretor do HNMD ou pessoa por ele designada. Em caso de autorização, o material só será liberado em recipiente adequado de acordo com as Normas de Biossegurança pertinentes.

9 – É proibida a reconfiguração dos programas e equipamentos laboratoriais e a instalação de qualquer programa nos computadores da **ICT-HNMD-MB** sem a prévia autorização do Diretor desta instituição ou pessoa por ele designada.

10 – É obrigatório a citação explícita da **ICT-HNMD-MB** em todo trabalho científico que resulte, total ou parcialmente, dos experimentos realizados com uso da infraestrutura ou dados da instituição.

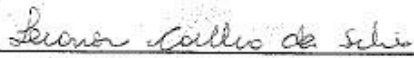
11 – É obrigatório informar ao **INSTITUTO DE PESQUISAS BIOMÉDICAS (IPB) – HNMD** sobre todo o tipo de produção bibliográfica por mídia impressa ou on-line (artigos, teses, anais de congressos, capítulos de livro, citações, etc.) decorrente, total ou parcialmente, de experimentos realizados com uso da infraestrutura e dados da instituição.

12 – O HNMD fica ausente de toda e qualquer responsabilidade oriunda de acidente ocorrido nas dependências do instituto por conta de atitude inapropriada do usuário.


13 – É obrigatório a confecção e o envio ao **IPB-HNMD** de relatórios semestrais em que conste o andamento e resultados obtidos do projeto em desenvolvimento.

A usuária declara estar de acordo com as normas supracitadas, comprometendo-se a obedecê-las, estando ciente que o não cumprimento das mesmas acarretará em punições cabíveis à mesma.

Rio de Janeiro, 03 de fevereiro de 2021



CT (S) LEONOR Coelho da Silva
Pesquisadora



Profª Drª Célia Pereira Caldas
Orientadora

ANEXO G - Termo de sigilo e confidencialidade

Anexo E

MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS
CONSELHO AVALIADOR DE PROJETOS DE PESQUISA

**TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE**

Pelo presente termo, Leonor Coelho da Silva e Célia Pereira Caldas, abaixo qualificadas, comprometem-se em manter em absoluto sigilo, todas as informações técnicas, incluindo, mas não limitando, as informações relativas a operações, processos, produção, instalações, equipamentos, habilidades especializadas, projetos, métodos, fluxogramas, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, fotografias, plantas, programas de computador, mídias, cópias, desenho de esquema industrial, patentes, bem como informações relacionadas a segredos de negócio e outras informações obtidas em função das atividades desempenhadas perante a INSTITUIÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS – MARINHA DO BRASIL (ICT-HNMD-MB), as quais serão doravante denominadas simplesmente como **INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL**.

Serão também consideradas como **INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL** as informações específicas que não tenham sido divulgadas por quaisquer meios de divulgação, embora estejam compreendidas por informações de caráter geral, mesmo que estas tenham sido divulgadas, desde que não tenha se efetivado divulgação das informações específicas.

O sigilo imposto inclui quaisquer formas de divulgação da **INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL**, sejam através de artigos técnicos, relatórios, publicações, comunicações verbais entre outras, salvo a autorização por escrito do Diretor do HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS ou pessoa por ele designada e, nesta hipótese, será necessária a citação da sua fonte de dados e seus autores.

O sigilo acima aludido ainda implica na obrigatoriedade de restringir o acesso à **INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL** a número mínimo de funcionários subordinados necessários para correta execução da atividade dela decorrente, os quais deverão estar submetidos ao mesmo regime de sigilo descrito pelo presente Instrumento.

A obrigação de sigilo por nós assumidas por meio desta declaração, não compreende informações que já sejam de conhecimento público, que hajam sido divulgadas por qualquer meio, tais como, mas não limitado, a documentos de patentes, artigos técnicos em revistas especializadas, conferência, congressos etc.

Também se comprometem a não usar a **INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL** de forma distinta dos propósitos das atividades a serem desempenhadas junto à ICT-HNMD-MB.

A vigência da obrigação de sigilo perdurará enquanto a informação tida como **INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL** não for licitamente tornada do conhecimento

mmf d

9 – É proibida a reconfiguração dos programas e equipamentos laboratoriais e a instalação de qualquer programa nos computadores da ICT-HNMD-MB sem a prévia autorização do Diretor desta instituição ou pessoa por ele designada.

10 – É obrigatório a citação explícita da ICT-HNMD-MB em todo trabalho científico que resulte, total ou parcialmente, dos experimentos realizados com uso da infraestrutura ou dados da instituição.

11 – É obrigatório informar ao **INSTITUTO DE PESQUISAS BIOMÉDICAS (IPB) – HNMD** sobre todo o tipo de produção bibliográfica por mídia impressa ou on-line (artigos, teses, anais de congressos, capítulos de livro, citações, etc.) decorrente, total ou parcialmente, de experimentos realizados com uso da infraestrutura e dados da instituição.

12 – O HNMD fica ausente de toda e qualquer responsabilidade oriunda de acidente ocorrido nas dependências do instituto por conta de atitude inapropriada do usuário.

13 – É obrigatório a confecção e o envio ao **IPB-HNMD** de relatórios semestrais em que conste o andamento e resultados obtidos do projeto em desenvolvimento.

A usuária declara estar de acordo com as normas supracitadas, comprometendo-se a obedecê-las, estando ciente que o não cumprimento das mesmas acarretará em punições cabíveis à mesma.

Rio de Janeiro, 03 de fevereiro de 2021


 CT (S) LEONOR Coelho da Silva
 Pesquisadora


 Profª Drª Célia Pereira Caldas
 Orientadora

Nome: Leonor Coelho da Silva
 RG: 82.8462-8 CPF: 083.047.587-76 N° de matrícula/NIP: 11.0657.45
 Endereço: Rua Silva Gomes, 60 – Apt: 403. Cascadura, RJ. CEP: 21350-080
 Telefones: (21) 99505-1454 Email: lecos80@yahoo.com.br
 Vínculo Institucional: Militar da ativa servindo no HNMD Profissão: Enfermeira
 Cargo: Capitão-Tenente (S) – Enfermeira Assistente do Serviço Atendimento de Emergência.
 Orientadora/Supervisora: Professora Doutora Célia Pereira Caldas.

Nome: Célia Pereira Caldas
 RG: 5.303.785-9 Detran RJ CPF: 003.991.197-79
 Endereço: Avenida Edson Passos, 15- Apt: 204. Alto da Boa vista, RJ CEP: 20.531-073
 Telefone: (21) 99159-4038 Email: celpcaldas@gmail.com
 Profissão: Enfermeira Cargo: Professora Titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

ANEXO H - Orçamento detalhado da pesquisa

ANEXO C- Orçamento



MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS
CONSELHO AVALIADOR DE PROJETOS DE PESQUISA

ORÇAMENTO DETALHADO DA PESQUISA

Título do Projeto: Cultura de Segurança na Emergência de um Hospital Militar em tempos de pandemia de COVID-19

Pesquisadora responsável: Leonor Coelho da Silva

Instituição/Unidade/Departamento: Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Programa de Pós Graduação em Enfermagem

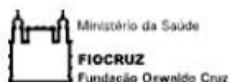
Fonte(s) dos recursos (Instituição ou pessoa): Financiamento próprio

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR EM RS
Papel A4	2 resmas	50,00
Cartucho impressora	02	250,00
Material de escritório (caneta, caderno, corretivo, envelope)		100,00
Xerox		500,00
Encadernação		100,00
Transporte		1000,00
Publicação em periódicos		5000,00
Participação em eventos científicos		3000,00
Capa Dura		600,00
TOTAL		10.600,00

Rio de Janeiro, 03 de fevereiro de 2021

Leonor Coelho da Silva

CT (S) Leonor Coelho da Silva
Pesquisadora

ANEXO I - Questionário: *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC)

Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

Instruções

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

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

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

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

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

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

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

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

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

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

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

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

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

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

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

SECÃO C: Comunicação

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

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

SECÃO D: Frequência de eventos relatados

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

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

SECÃO E: Nota da segurança do paciente

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

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

SECÃO F: O seu hospital

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

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

SEÇÃO F: O seu hospital (continuação)

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

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

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

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

SEÇÃO H: Informações gerais

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

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

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

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

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

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

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

SEÇÃO H: Informações gerais (continuação)

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

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

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

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

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

7. Qual o seu grau de instrução:

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

8. Qual a sua idade? _____ anos

9. Indique o seu sexo:

- a. Feminino
- b. Masculino

10. Qual seu posto ou graduação?

10. Qual seu corpo ou quadro?

SEÇÃO I: Seus comentários

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

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.



PPGENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM | UERJ



CIENCIA & INOVACAO

ATA DA 99ª SESSÃO DE DEFESA DE TESE DE
DOUTORADO EM ENFERMAGEM, OCORRIDA
NO DIA 17/10/2022.

No dia dezessete de outubro de dois mil e vinte dois, foi realizada a sessão pública de Defesa de Tese do Curso de Doutorado em Enfermagem deste Programa de Pós-Graduação, intitulada PERCEPÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL MILITAR EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19: ESTUDO DE MÉTODO MISTO, de autoria da doutoranda LEONOR COELHO DA SILVA, matrícula DO1820014, vinculada à Linha de Pesquisa Fundamentos Filosóficos, Teóricos e Tecnológicos do Cuidar em Saúde e Enfermagem. Reuniu-se, nas dependências da Faculdade de Enfermagem da UERJ, a Comissão Examinadora composta pelos seguintes membros: Professora Doutora Célia Pereira Caldas [Orientadora e Presidente]; Professora Doutora Rosane Barreto Cardoso [1º Examinador]; Professora Doutora Sabrina da Costa Machado Duarte [2º Examinador]; Professora Doutora Cintia Silva Fassarella [3º Examinador]; Professora Doutora Frances Valéria Costa e Silva [4º Examinador].

Após exposição oral e arguição pelos membros da Comissão Examinadora, foi conferida à doutoranda a menção:

Aprovada

Reprovada, conforme justificativa em parecer da Comissão Examinadora, anexo a esta ata.

Nada mais havendo a tratar, a sessão foi encerrada e, para constar, foi lavrada a presente ata, assinada pelos membros da Comissão Examinadora e pela doutoranda.

Presidente/Orientador: Célia Pereira Caldas CPF: 000.258977-05


1º Examinador: Rosane Barreto Cardoso CPF: 3032941879

2º Examinador: Sabrina da Costa Machado Duarte CPF: 09349875721

3º Examinador: Cintia Silva Fassarella CPF: 044-315917-37

4º Examinador: Frances Valéria Costa e Silva CPF: 958.996.427-34

Doutoranda: Leonor Coelho da Silva CPF: 083.047.587-76


Patrícia A. Tavares Mend
Capitão-Tenente (S)
COREN-RJ 50322
cópia fiel.