

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA  
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

CHRISTINA FIORINI TOSCA

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE  
PROFISSIONAIS DE UMA UTI PEDIÁTRICA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
TERCIÁRIO**

Porto Alegre  
2024

CHRISTINA FIORINI TOSCA

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE  
PROFISSIONAIS DE UMA UTI PEDIÁTRICA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
TERCIÁRIO**

A apresentação desta dissertação é requisito parcial para título de mestre do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Professor Paulo Roberto Antonaccio Carvalho

Porto Alegre

2024

## CIP - Catalogação na Publicação

Tosca, Christina Fiorini

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE  
PROFISSIONAIS DE UMA UTI PEDIÁTRICA EM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO TERCIÁRIO / Christina Fiorini Tosca. --  
2024.

91 f.

Orientador: Paulo Roberto Antonaccio Carvalho.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente,  
Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Segurança do Paciente. 2. Cultura  
Organizacional. 3. Equipe Multiprofissional. 4. UTI  
Pediátrica. I. Carvalho, Paulo Roberto Antonaccio,  
orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

CHRISTINA FIORINI TOSCA

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE  
PROFISSIONAIS DE UMA UTI PEDIÁTRICA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
TERCIÁRIO**

A apresentação desta dissertação é requisito parcial para título de mestre do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Professor Paulo Roberto Antonaccio Carvalho

Porto Alegre, 19 de fevereiro de 2024.

BANCA EXAMINADORA:

---

Professor William Wegner  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Dra. Jeruza Lavanholi Neyeloff  
Hospital de Clínicas Porto Alegre

---

Professor Clécio Homrich da Silva  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Dedico esse trabalho aos meus pais,  
aos meus professores e aos pacientes que  
passaram pela minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

À Maristela Fiorini, pela atuação exemplar enquanto enfermeira e mãe.

Ao Luis Tosca, pelo carinho, disponibilidade e também pelo auxílio na revisão textual.

Ao Dante Fritzen, pelo apoio e incentivo.

À Clarissa Albuquerque, pelo suporte e acolhida.

Ao professor Dr. Paulo Carvalho, pela paciência, elegância e expertise admiráveis.

Aos colegas da UTI Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por serem tão especiais na minha trajetória.

Aos colegas da UTI Pediátrica de Trauma do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, pelo ombro amigo e pela parceria maravilhosa que estamos construindo.

Aos queridos pacientes pediátricos que vieram e que virão, sendo eles minha principal motivação para ser uma profissional melhor.

“A educação como prática da  
liberdade é um jeito de ensinar que  
qualquer um pode aprender”.

bell hooks

## RESUMO

**Introdução:** A segurança do paciente se tornou uma prioridade global na área da saúde, visando prevenir ou minimizar os riscos e os danos aos pacientes. Considerando uma internação hospitalar, a criança possui risco três vezes maior do que os adultos de sofrer danos, o que reforça a necessidade de fortalecer a sua segurança como paciente de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Uma cultura de segurança favorável está associada a maior número de desfechos clínicos positivos em instituições hospitalares e a maior satisfação de pacientes e profissionais. Nesse sentido, visando a segurança do paciente pediátrico, o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) representa um método quantitativo para analisar a cultura de segurança hospitalar. **Objetivos:** Mensurar a cultura de segurança do paciente como forte, neutra ou frágil, a partir com a aplicação do HSOPSC entre profissionais da equipe multiprofissional, atuantes em uma UTIP de hospital universitário terciário. **Metodologia:** Estudo transversal e quantitativo, desenvolvido em uma UTIP de um hospital universitário do Sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu entre junho e outubro de 2023. A amostra foi composta por 63 participantes, sendo eles técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e farmacêutico. A média do questionário foi avaliada a partir da aplicação do HSOPSC. Utilizou-se análise descritiva e testes de correlação estatística. O projeto atendeu aos preceitos éticos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. **Resultados:** A avaliação dos participantes sobre a cultura de segurança do paciente no local estudado foi considerada neutra. A Aprendizagem Organizacional foi avaliada como forte para a segurança do paciente. O Dimensionamento de Pessoal aparece como área mais frágil. Houve correlação positiva entre as respostas e a idade dos profissionais. A equipe de enfermagem apresentou respostas com média geral mais baixa do que os demais profissionais. **Conclusões:** Os resultados encontrados relacionam-se com a realidade brasileira, sendo similares aos encontrados em outros países. Os achados deste estudo podem servir de base para análises comparativas e auxiliar na identificação de aspectos relevantes para a cultura de segurança do paciente em UTIP.

**Palavras-chave:** Segurança do Paciente. Cultura Organizacional. Equipe Multiprofissional. UTI Pediátrica.



## ABSTRACT

**Introduction:** Patient safety has become a global priority in healthcare, in order to prevent or minimize risks and harm to patients. Considering a hospital stay, children are three times more likely to suffer harm than adults, which supports the need to strengthen their safety as patients in the Pediatric Intensive Care Unit (PICU). Establishing a favorable safety culture is associated with a greater number of positive clinical outcomes in hospital institutions and greater satisfaction, among both patients and professionals. In this sense, the questionnaire Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) represents a quantitative method to analyze hospital safety culture, as to improve pediatric patient safety. **Objective:** To measure the patient safety culture as strong, neutral or fragile, based on the application of the HSOPSC among professionals from the multidisciplinary team, working in a PICU of a tertiary referral hospital. **Method:** A cross-sectional, quantitative study, developed in a PICU of a university hospital in southern Brazil. Data collection took place between June and October 2023. The sample consisted of 63 participants, including nursing technicians, nurses, doctors, physiotherapists and a pharmacist. The average mean of the questionnaire was evaluated based on the application of the HSOPSC. Descriptive analysis and statistical correlation tests were used. The project met ethical precepts and was approved by the institution's Research Ethics Committee. **Results:** Participants' assessment of the patient safety culture at the studied PICU was considered neutral. Organizational Learning was evaluated as strong for patient safety. Personnel Dimensioning appears as the most fragile area. There was a positive correlation between the answers and the age of the professionals. The nursing team responses scores were overall lower than the other professional categories. **Conclusion:** Findings of this study are related to the reality of Brazilian institutions and are also similar to those found in other countries. Those findings can serve as a basis for comparative analyzes and can help identifying relevant aspects to patient safety culture in PICUs.

**Keywords:** Patient Safety. Organizational Culture. Patient Care Team. Intensive Care Units, Pediatric.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo do Queijo Suíço .....	18
Figura 2 – Metas internacionais de Segurança do Paciente.....	19
Figura 3 – Página institucional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	35
Figura 4 – <i>Hospital Survey On Patient Safety Culture</i> .....	37
Quadro 1 – Dimensões do HSOPSC (ProQualis).....	39
Gráfico 1 – Correlação entre idade e a dimensão Trabalho em Equipe ( $r=0,253$ ; $p=0,046$ ).....	50
Gráfico 2 – Correlação entre idade e a dimensão Frequência de Eventos Notificados ( $r=0,285$ ; $p=0,024$ ).....	51
Gráfico 3 – Correlação entre idade e a dimensão Dimensionamento de Pessoal ( $r=0,264$ ; $p=0,036$ ) .....	51

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra.....	44
Tabela 2 – Respostas percentuais por dimensão e itens do <i>Hospital Survey On Patient Safety Culture</i> (HSOPSC).....	47
Tabela 3 – Comparação dos escores referentes ao <i>Hospital Survey On Patient Safety Culture</i> (HSOPSC) entre profissionais de nível técnico e profissionais de nível superior.....	52
Tabela 4 – Comparação dos escores referentes ao <i>Hospital Survey On Patient Safety Culture</i> (HSOPSC) entre equipe de enfermagem e demais profissionais.....	53
Tabela 5 – Correlações entre as dimensões do HSOPSC.....	54

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
EAD	Educação à Distância
GPPG	Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
GR	Gestão de Risco
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HSOPSC	<i>Hospital Survey On Patient Safety Culture</i>
IBM	International Business Machines
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MEC	Ministério da Educação
NAS	<i>Nurse Activity Score</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	16
2.1 Segurança do Paciente.....	16
2.2 O Paciente Pediátrico e a Terapia Intensiva.....	21
2.3 A Equipe Multiprofissional.....	23
2.4 Cultura de Segurança do Paciente.....	25
2.5 Por que avaliar a Cultura de Segurança do Paciente?.....	28
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	32
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	33
4.1 Geral .....	33
4.2 Específicos.....	33
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	34
5.1 Tipo e natureza do estudo (delineamento).....	34
5.2 Local.....	34
5.3 População e amostra.....	36
5.4 Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC).....	36
5.5 Coleta e processamento de dados.....	40
5.6 Variáveis utilizadas.....	41
5.7 Análise estatística.....	41
5.8 Considerações éticas.....	42
<b>6 RESULTADOS</b> .....	44
<b>7 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES</b> .....	55
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	62
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	63
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	74
<b>APÊNDICE B – PANFLETO PARA CONVITE PRESENCIAL</b> .....	76
<b>APÊNDICE C – ARTIGO</b> .....	77
<b>ANEXO I – QUESTIONÁRIO</b> .....	88

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta que aproximadamente 134 milhões de eventos adversos ocorrem globalmente a cada ano, devido a práticas de saúde inseguras. Esses eventos resultam em até 2,6 milhões de mortes anuais (WHO, 2020). Diante dessa preocupante realidade, a segurança do paciente se tornou uma prioridade global na área da saúde, visando prevenir ou minimizar os riscos e os danos evitáveis durante o processo de assistência ao paciente (BRASIL, 2013).

Nos últimos vinte anos, os serviços de saúde têm concentrado esforços no planejamento e na implantação de ações para aprimorar a segurança do paciente (MUELLER *et al.*, 2019). Áreas cruciais incluem a prevenção de infecções hospitalares, a redução de erros relacionados a medicamentos, à monitorização adequada dos sinais vitais do paciente e à promoção da comunicação eficaz entre as equipes de saúde (OMS, 2009).

O paciente crítico, por sua natureza, demanda atenção especial devido a infusões múltiplas, instabilidade clínica e procedimentos invasivos frequentes. Muitas vezes ele não está consciente, o que dificulta a comunicação com a equipe, resultando em um ambiente propenso a erros e falhas (SILVA *et al.*, 2019; PEREIRA *et al.*, 2021).

Na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), a segurança do paciente é uma preocupação significativa, dada a vulnerabilidade das crianças a eventos adversos, somada às suas condições médicas graves e complexas (MONTGOMERY, 2007; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022). As peculiaridades relacionadas ao crescimento e ao desenvolvimento da criança destacam a necessidade de profissionais na UTIP com habilidades técnicas adequadas à complexidade do cuidado exigido (CAMELO, 2012). No entanto, estudos indicaram que, apesar da crença de que profissionais mais capacitados estão menos propensos a erros, a cultura institucional desempenha um papel crucial na segurança do paciente (MELLO; BARBOSA, 2013).

A cultura de segurança, composta por crenças, valores, atitudes e práticas compartilhadas por um grupo, é essencial para a gestão eficaz da segurança dos pacientes (BRASIL, 2013). Ela permeia vários aspectos do cuidado, incluindo condições de trabalho, gestão assistencial, características pessoais dos profissionais

e conhecimento técnico aplicado (SANTIAGO; TURRINI, 2015). Desenvolver uma cultura de segurança robusta depende da comunicação efetiva e do envolvimento multiprofissional na análise dos processos relacionados à segurança do paciente (PEREIRA *et al.*, 2021).

Uma cultura de segurança sólida estabelece confiança entre profissionais e instituições, promovendo a importância da discussão sobre segurança do paciente (ANDRADE *et al.*, 2017). Desenvolver uma cultura de segurança favorável está associada a desfechos positivos em instituições hospitalares e maior satisfação tanto de profissionais quanto de pacientes (REIS; PAIVA; SOUSA, 2018; FUJITA *et al.*, 2019). Assim, a cultura de segurança é um componente crítico para garantir a segurança do paciente, pois pode ser considerado um método de barreira para prevenir eventos adversos associados ao cuidado (SOUZA *et al.*, 2014).

A avaliação da cultura de segurança em serviços de saúde é crucial para identificar possíveis fragilidades e preservar a qualidade e segurança do atendimento (COSTA *et al.*, 2018). Essa avaliação oferece esclarecimento sobre a cultura de segurança entre profissionais e seus comportamentos em relação a ela (PRIETO; FONSECA; ZEM-MASCARENHAS, 2021). A identificação de aspectos de risco permite que gestores desenvolvam intervenções para resolver problemas e prevenir eventos adversos (REIS *et al.*, 2012).

Assim, este estudo visa mensurar a cultura de segurança entre profissionais envolvidos no cuidado a pacientes críticos pediátricos, contribuindo para o fortalecimento da segurança do paciente no ambiente hospitalar. Nesse contexto, tem-se como questão central de pesquisa: em uma análise quantitativa, qual é a percepção da cultura de segurança do paciente entre profissionais em uma UTIP de um hospital universitário terciário do Sul do Brasil?

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

As discussões sobre a segurança do paciente tiveram início em 1999, com a publicação de "*To Err is Human: Building a Safer Health Care System*", a partir da análise de grandes estudos epidemiológicos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999). No título, os autores declaram que errar é humano e, embora essa afirmação pareça óbvia, ela ressalta que os profissionais de saúde são suscetíveis a erros (BRASIL, 2013), os quais podem ocorrer em diversos contextos, levando-nos a refletir sobre eles, não sob a ótica da culpabilização, mas sim da responsabilização coletiva, da identificação das causas e da gestão dos riscos associados a eles (SOUSA; MENDES, 2019).

Conforme destacado pela OMS em 2017, a segurança do paciente é considerada um princípio central para a assistência em saúde. Sendo assim, os esforços relacionados à segurança do paciente estão focados em minimizar o risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde, englobando um conjunto de estratégias e atitudes para prevenir ou reduzir eventos adversos ligados ao atendimento (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

Sabe-se que a segurança do paciente é fundamental para a assistência em saúde e requer uma abordagem extensa para prevenir eventos adversos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022). Dessa forma, medidas essenciais incluem a prevenção de infecções hospitalares, a redução de erros de medicação, a monitorização cuidadosa dos sinais vitais e a promoção de uma comunicação eficaz entre a equipe de saúde, ações essas que convergem para assegurar um ambiente seguro e confiável para o paciente (COREN-SP, 2022).

Em outubro de 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, na 57ª Assembleia Mundial da Saúde. Nessa Assembleia, a OMS preocupou-se, entre outras pautas, em desenvolver a taxonomia sobre segurança do paciente,



ao observar variações nas definições utilizadas até aquele momento. Assim, apresentou a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (OMS, 2009), sendo estas as definições oficiais:

- Erro: falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano.
- Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção. O dano pode ser físico, social ou psicológico.
- Risco: probabilidade de um incidente acontecer.
- Incidente sem dano: evento ou situação em que ocorreu um erro ou falha no processo de cuidado atingindo o paciente, mas sem resultar em dano.
- *Near miss*: situação em que ocorreu um erro ou falha no processo de cuidado, mas que foi identificado antes de atingir o paciente.
- Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente, que pode causar ou contribuir para a morte, doença ou lesão séria. Esse dano é decorrente do cuidado à saúde e não da doença de base, podendo prolongar a internação ou resultar em incapacidade na alta hospitalar.
- Evento sentinela: representa um evento adverso grave que resulta em morte, dano permanente significativo ou outra condição séria que coloca o paciente em risco substancial. Os eventos sentinelas são considerados indicadores de problemas sistêmicos e muitas vezes desencadeiam uma investigação detalhada para identificar as causas e executar melhorias no sistema de saúde.

Conforme publicações oficiais da OMS e da ANVISA, os eventos adversos são classificados em diferentes níveis de gravidade: o dano leve ocorre quando a consequência no paciente tem sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração, com nenhuma ou mínima intervenção requerida. No dano moderado, a consequência para o paciente é sintomática,

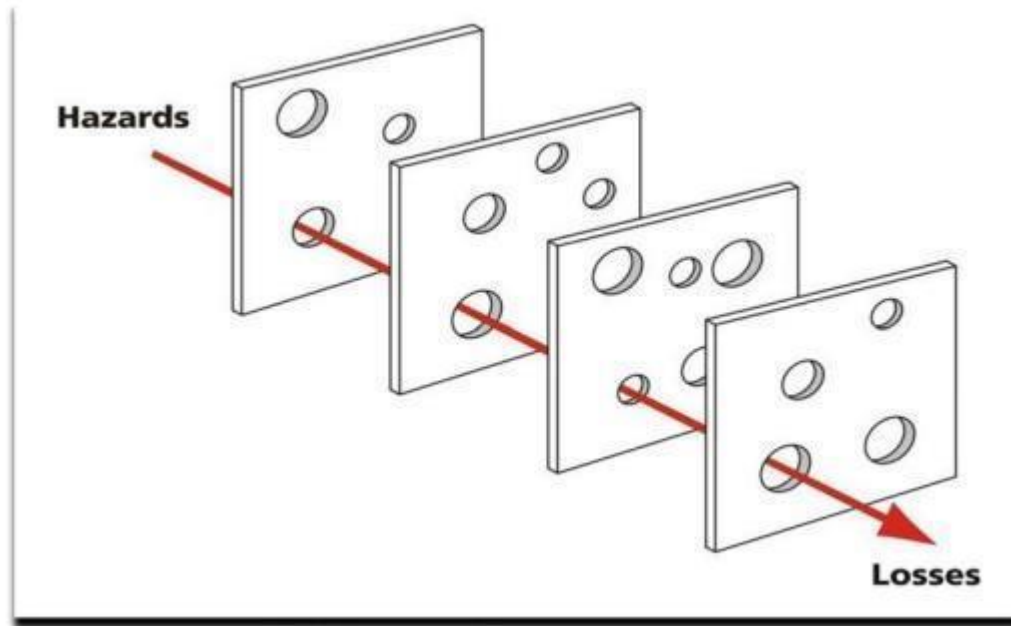
requerendo intervenção (procedimentos ou terapêutica adicional), aumentando o tempo de internação e gerando danos permanentes ou perda de funções (OMS, 2009; BRASIL, 2013).

No dano grave, a consequência é sintomática e pode resultar em risco de vida, exigindo procedimentos imediatos ou a realização de cirurgias de urgência. O evento encurta a expectativa de vida ou causa grandes danos permanentes ou perda de funções. O evento adverso classificado como óbito é definido como incidente em que o dano causou morte imediata ou em curto prazo (OMS, 2009; BRASIL, 2013).

O modelo do Queijo Suíço, proposto por James Reason, em 2000, surgiu como um novo olhar para a forma de analisar os erros. Originalmente, foi criado para explicar a origem de acidentes organizacionais, mas também tem sido utilizado para ilustrar a ocorrência de erros relacionados à assistência em saúde. Nesse modelo, conceitua-se que, em situações complexas, um único erro no final do processo raramente é suficiente para causar um dano (REASON, 2000).

Portanto, entende-se que os erros não são causados apenas por uma única falha, mas sim pela combinação de várias falhas e condições anteriores. Nesse contexto, é importante elaborar múltiplas barreiras de defesa para prevenir incidentes. Segundo Wachter (2010), é necessário focar menos no evento ou na tentativa de alcançar o comportamento humano perfeito e dar ênfase na tentativa de criar ou aumentar as barreiras de defesa para evitar o alinhamento dos “buracos” do queijo suíço, o que permitiria que um erro ocorresse, conforme ilustra a Figura 1.

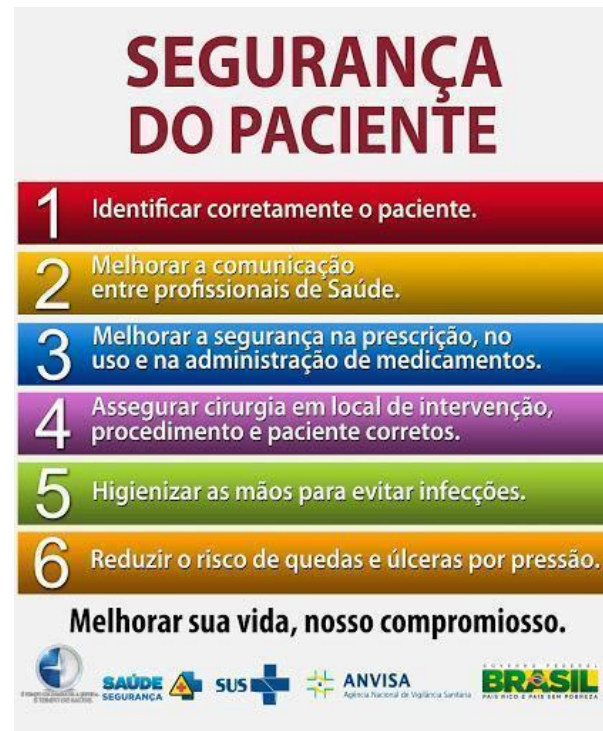
Figura 1 – Modelo do Queijo Suíço



Fonte: Reason (2000).

Em 2007, a OMS e a *Joint Commission* juntaram-se para lançar as metas internacionais de segurança do paciente, descritas em seis grupos relacionados aos principais eventos adversos que os pacientes podem desenvolver durante a hospitalização. As metas estão descritas na Figura 2.

Figura 2 – Metas internacionais de Segurança do Paciente



Fonte: ANVISA (2013).

No Brasil, a REBRAENSP (Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente) surgiu em maio de 2008, com o intuito de estimular a troca de conhecimentos e de experiências entre os enfermeiros (MARTINS, 2021). Organiza-se em polos e núcleos, com vistas a fortalecer o conhecimento na área e tem importância fundamental na construção das bases para a segurança do paciente no país (CALDANA *et al.*, 2015).

Em abril de 2013, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançaram o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). No mesmo ano, a Portaria nº 529/2013 tornou a segurança do paciente obrigatória em hospitais e, com ela, a aplicação das seis metas internacionais de segurança.

De acordo com o comitê de elaboração do PNSP, as ações que visam o cuidado seguro envolvem propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em várias áreas. Essas metas abrangem desde a identificação correta do paciente até a redução do risco de lesões por quedas (BRASIL, 2013), são elas:

- Diminuição das infecções relacionadas à assistência à saúde.
- Segurança em procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia por meio da utilização de *checklists*.
- Prescrição, transcrição, dispensação e administração segura de medicamentos, sangue e hemoderivados.
- Melhoria nos processos de identificação de pacientes.
- Melhoria da comunicação no ambiente dos serviços de saúde.
- Prevenção de quedas e de lesões por pressão.
- Segurança na transferência de pacientes entre pontos de cuidado e uso seguro de equipamentos e materiais.

Considerando as metas internacionais de segurança do paciente, o planejamento do cuidado seguro também inclui melhorias na cultura de segurança, prevenção de infecções hospitalares, redução de erros relacionados a medicamentos, monitoramento adequado dos sinais vitais e promoção da comunicação eficaz entre a equipe de saúde. Nesse sentido, salienta-se que essa compreensão abrangente da segurança do paciente é essencial para promover práticas mais seguras e eficazes no ambiente de saúde (ANVISA, 2017; SORRA *et al.*, 2018).

A segurança na assistência em saúde depende da implantação de medidas eficazes em antever situações de risco durante o cuidado e prevenir a ocorrência de eventos associados direta ou indiretamente ao paciente. Processos de cuidados inseguros resultam de deficiências no planejamento, elaboração, execução, avaliação e monitoramento das intervenções (OLIVEIRA *et al.*, 2014). A análise desses eventos fornece parâmetros para avaliar os fatores associados aos erros, planejando ações para fortalecer a segurança do paciente no ambiente hospitalar (ANVISA, 2013).

Segundo a OMS, estima-se que, em países desenvolvidos, um a cada dez pacientes seja afetado por erros e eventos adversos evitáveis durante sua assistência, incidentes esses que ocorrem principalmente em hospitais, nos setores de internação. Já em países em desenvolvimento, a precariedade dos recursos financeiros, a subnotificação de eventos adversos e a frequente sobrecarga de trabalho comprometem a qualidade do atendimento, aumentando o risco para o paciente (COSLOP *et al.*, 2022). Desse modo, no contexto brasileiro, observa-se que existem desafios significativos no sistema de saúde para a segurança do paciente, os quais contribuem para a ocorrência de eventos adversos (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Com base nos boletins informativos da ANVISA sobre eventos adversos entre 2014 e 2018, mais de 80% dos eventos notificados ocorreram em ambiente hospitalar. Em relação ao local, 52,45% dos incidentes ocorreram em setores de internação e 28,84% em unidades de terapia intensiva. Quanto à faixa etária dos pacientes envolvidos nos incidentes, os recém-nascidos corresponderam a 3,53% dos casos notificados e as crianças somaram 7,58%, em média (ANDRADE *et al.*, 2020).

## 2.2.0 PACIENTE PEDIÁTRICO E A TERAPIA INTENSIVA

A sobrevida na infância avançou consideravelmente no Brasil, porém a mortalidade infantil persiste em níveis acima do aceitável, especialmente em algumas regiões do país (MENDONÇA *et al.*, 2019; JUSTINO; ANDRADE, 2020). Nas últimas décadas, tem-se observado importante mudança no perfil de morbimortalidade da população, caracterizada pela redução das doenças infectocontagiosas e aumento de doenças crônicas não transmissíveis, assim como de casos de anomalias congênitas. Considerando esse cenário, atualmente, observam-se situações mais desafiadoras e de maior complexidade na UTIP, as quais podem afetar o pleno desenvolvimento futuro dessas crianças (ALIEVI *et al.*, 2007; GARCIA; TONIAL; PIVA, 2020).

A instabilidade clínica dos pacientes em UTI predispõe a mudanças constantes na realização dos cuidados durante o tratamento. Essa particularidade, somada ao grande número de ruídos e alarmes, fadiga sonora, distrações e interrupções no fluxo de trabalho, pode contribuir para a ocorrência de eventos adversos nas UTIs (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Considerando uma internação hospitalar, a população pediátrica possui risco de dano três vezes maior do que adultos na mesma situação (KASHUAL *et al.*, 2001; CONROY *et al.*, 2007). Quando se trata de hospitalização infantil, muitos fatores estão envolvidos para garantir a segurança do paciente, devido a suas especificidades e seu estágio de desenvolvimento, peso, idade, área corporal e condições clínicas (PERES *et al.*, 2018). Dessa forma, a qualidade no cuidado do paciente pediátrico exige que a equipe seja capaz de antever os riscos e analisar quais fatores levaram aos erros, a fim de executar medidas de melhorias que visem diminuí-los (SOUZA *et al.*, 2014).

O reconhecimento da criança como parte de um grupo vulnerável reforça a importância de uma abordagem abrangente para sua saúde, considerando os impactos tanto no presente quanto no futuro. A completa dependência dos adultos, seja no contexto domiciliar ou hospitalar, torna a criança mais suscetível a incidentes (WEGNER; PEDRO, 2012). Entende-se que é interesse mútuo dos pais e dos profissionais da saúde assegurar o tratamento adequado desses pacientes, resultando em desfechos mais positivos e em indivíduos mais saudáveis (PNASC, 2018).

É importante ressaltar que o impacto da falta de segurança nos processos assistenciais está intimamente relacionado ao maior tempo de permanência em instituições hospitalares, ao maior número de infecções relacionadas a dispositivos médicos e ao aumento da morbimortalidade na população pediátrica (NOLETO; CAMPOS, 2020). Ademais, salienta-se que os incidentes mais comuns nas unidades pediátricas envolvem erros de medicação, de identificação, assim como quedas (WOODS *et al.*, 2005).

Na Inglaterra, um estudo realizado entre 2007 e 2008 evidenciou a fragilidade que o público pediátrico possui frente à assistência em saúde. Com o objetivo de analisar os incidentes relacionados a medicamentos, identificou-se que a faixa etária mais acometida foi a de zero a quatro anos de idade, em que os erros de dose ou concentração corresponderam a 23% dos eventos notificados (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2009). Já um estudo realizado em uma UTIP para pacientes oncológicos, registrou 71 notificações de 110 erros de medicação, representando uma ocorrência de 227 erros por mil pacientes/dia (BELELA; PETERLINI; PEDREIRA, 2010).

Além dessas pesquisas apresentadas anteriormente, várias outras destacaram a importância de executar medidas de segurança específicas para pacientes pediátricos em UTI (WEGNER *et al.*, 2017). Por exemplo, um estudo realizado em uma UTIP de um hospital nos Estados Unidos mostrou que a elaboração de um protocolo para reduzir a exposição de crianças a radiações ionizantes foi associada a uma redução significativa na incidência de eventos adversos (GOSKE *et al.*, 2018).

Outro estudo realizado em um hospital infantil no Reino Unido, em 2014, salientou a importância do monitoramento regular da sedação em pacientes pediátricos em UTI, buscando garantir que os níveis de sedação sejam adequados no intuito de reduzir o risco de eventos adversos relacionados à sedação (CHUDLEIGH *et al.*, 2014). Já em 2016, nos Estados Unidos, foi realizada uma pesquisa que evidenciou a importância de estratégias de comunicação clara e concisa entre a equipe de cuidados em UTIP para reduzir o risco de eventos adversos (GURSES *et al.*, 2016).

Frente a essas investigações, portanto, salienta-se que melhorar a segurança do paciente em UTIP requer a implantação de medidas específicas de segurança, incluindo a identificação precoce e o gerenciamento de riscos específicos para pacientes pediátricos, a comunicação e o trabalho em equipe eficaz, bem como o monitoramento regular de práticas de segurança (WEGNER *et al.*, 2017). Nesse contexto, verifica-se que a realização dessas medidas pode levar a uma redução significativa na incidência de eventos adversos e a uma melhoria na qualidade do cuidado (WACHTER, 2010).

### 2.3A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Conforme definido por Peduzzi (2001), a equipe multiprofissional de saúde é composta por indivíduos com diversas formações e experiências colaborando de maneira conjunta. Esse modelo permite que os membros da equipe enfrentem continuamente os desafios apresentados por pacientes cujos problemas são complexos demais para serem solucionados por um único profissional. Assim, a abordagem multiprofissional possibilita a oferta de cuidados integrais e qualificados ao paciente (NUSS *et al.*, 2015).



Um hospital terciário universitário caracteriza-se por ser um serviço de grande porte, que abrange múltiplas especialidades médicas e que atua como local de formação para alunos de graduação, pós-graduação e de desenvolvimento de pesquisa (RAJALATCHUMI *et al.*, 2018). Esse cenário é marcado por um perfil de pacientes com maior gravidade clínica, geralmente com presença de comorbidades. Portanto, tem por característica uma alta complexidade médica e de utilização de práticas baseadas nas melhores evidências científicas (SILVA *et al.*, 2013); (MIRANDA *et al.*, 2017).

Desse modo, a UTI se destaca como um ambiente que reúne profissionais altamente especializados, assim como uma gama de recursos tecnológicos avançados e de alto custo, com o propósito de atender pacientes em estado grave que demandam cuidados intensivos. Dada essa complexidade, a equipe que compõe esse setor se destaca significativamente de outras unidades de internação (GOMES; CARVALHO, 2018). Em termos gerais, os profissionais que integram a UTI devem possuir conhecimentos especializados e habilidades adicionais que vão além daquelas obtidas durante sua formação acadêmica (ARAÚJO NETO *et al.*, 2016).

Firmino Haag e colaboradores (2015) destacam que a equipe de atendimento de uma Unidade de Terapia Intensiva deve ser multiprofissional e interdisciplinar, com a participação de médicos intensivistas, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, farmacêutico clínico e assistente social. A visita ou *round* multiprofissional costuma ocorrer à beira leito, comandada pelo médico intensivista, focando no tratamento integral do paciente por meio da interação de todos os integrantes da equipe (BARBOSA *et al.*, 2020).

O *round* multiprofissional diário é uma tendência crescente em Unidades de Terapia Intensiva, uma vez que essa é uma prática que visa à melhoria do atendimento ao paciente crítico (EVANGELISTA *et al.*, 2016). Sendo assim, consiste na passagem conjunta dos diversos profissionais da equipe por cada paciente, com vistas a coordenar o seu cuidado, checar os riscos e as medidas de prevenção, estabelecer metas diárias de cuidado, além de checar itens que garantam a segurança e o acolhimento dos pacientes e familiares, assim como o preparo para alta (SILVA *et al.*, 2021).

Para garantir a eficiência máxima no cuidado, equipes multiprofissionais estabelecem estruturas, tanto formais quanto informais, que fomentam a resolução colaborativa de problemas (SCHILLING, 2017). No entanto, é crucial reconhecer que o trabalho em equipe traz novos desafios, demandando competências e habilidades específicas para a colaboração coletiva e o esclarecimento acerca de procedimentos técnicos privativos de cada especialidade (OLIVEIRA; PORTO; FERREIRA, 2021).

Diferentes grupos profissionais têm, geralmente, distintas visões da estruturação do cuidado. Para algumas equipes, esse mosaico pode representar oportunidade de crescimento, enquanto para outras essa fragmentação pode se caracterizar por um conjunto de entendimentos opostos que impõem desafios na comunicação, significando, inclusive, um obstáculo ao propósito da instituição (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

Observa-se que, apesar dos avanços conquistados, o trabalho em equipe ainda representa um desafio significativo para o desenvolvimento de uma assistência segura. Estudos indicam que a abordagem multiprofissional muitas vezes é percebida de forma idealizada, o que compromete sua viabilidade efetiva (SILVA *et al.*, 2012). A intervenção multidisciplinar, crucial para o sucesso desse modelo, não ocorre de maneira frequente e sistemática, sendo frequentemente prejudicada por uma rigidez na discriminação hierárquica dentro das equipes de saúde (CARDOSO, 2010).

A comunicação efetiva e o trabalho em equipe multiprofissional na área da saúde são fatores determinantes para a qualidade e segurança do paciente. Dentro do conjunto de medidas essenciais para garantir uma assistência segura, destaca-se a necessidade de seguir protocolos e promover uma comunicação clara e objetiva entre os profissionais da saúde, visando minimizar os erros nos cuidados (OLINO *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2017).

A dinâmica de trabalho em equipe, baseada nas diferenças individuais de cada especialista, requer autonomia e compartilhamento de responsabilidades (BUCHER, 2003; CREPALDI, 1999; ROMANO, 1999). Além disso, a equipe multiprofissional desempenha um papel crucial ao possibilitar uma atuação integrada nos serviços de saúde. Nesse contexto, a colaboração e o reconhecimento da interdependência entre as áreas prevalecem sobre a competição e a fragmentação do

conhecimento isolado, sendo assim, esse enfoque colaborativo mostra-se essencial para uma abordagem integrada e eficaz no cuidado ao paciente (RODRIGUES *et al.*, 2021; CASANOVA *et al.*, 2018).

## 2.4 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A cultura de segurança é um complexo conjunto de crenças, valores e práticas compartilhadas entre profissionais de saúde e instituições que priorizam a segurança nos processos de cuidado (LEMOS *et al.*, 2018). Esse conjunto exerce uma influência significativa na percepção e na abordagem da segurança do paciente, moldando as ações e os comportamentos dos profissionais, visto que é a representação do suporte e da promoção da segurança do paciente pela instituição (REIS; PAIVA; SOUSA, 2018).

Conforme a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, a cultura de segurança se configura com base na premissa de que os trabalhadores assumam responsabilidades pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares. Ademais, destaca a prioridade da segurança acima de metas financeiras e operacionais da instituição e a promoção do aprendizado organizacional diante da ocorrência de incidentes (BRASIL, 2013). Sendo assim, ela deve ser reconhecida como um componente estrutural vital para a implantação de práticas seguras, acarretando a redução de incidentes, visto que aborda as condições de trabalho, a gestão assistencial, as características individuais dos profissionais e seu conhecimento técnico (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

Isso posto, salienta-se que uma cultura de segurança forte deve envolver três imperativos que se sustentam mutuamente, a saber: confiança mútua, valorização da atenção aos riscos, certeza da importância de medidas preventivas e proativas (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011). Algumas dimensões da cultura de segurança mais citadas pela literatura incluem comunicação baseada em confiança, abordagem não punitiva à comunicação de eventos adversos, trabalho em equipe, crença compartilhada na importância da segurança e aprendizado organizacional (PEREIRA *et al.*, 2021).

Embora erros no cuidado sejam inevitáveis em instituições de saúde, a maneira como esses erros são abordados diferencia a qualidade assistencial entre elas. No imaginário popular, os profissionais de saúde estão preparados para nunca errar (BRASIL, 2013), criando um estigma associado a esses possíveis erros, o que pode desencadear sentimento de frustração e questionamento da competência e do valor pessoal dos profissionais de saúde, gerando um clima de insegurança que afeta a equipe e enfraquece o cuidado (OMS, 2015).

Nesse contexto, verifica-se que repercussões negativas causam impactos diretos ao paciente (como aumento no tempo de internação e danos permanentes) e nos profissionais de saúde envolvidos, corroborando para um clima de insegurança que desestabiliza a equipe e enfraquece o cuidado como um todo (OMS, 2015). Muitas vezes, os processos e a estrutura da instituição evoluem, mas não é oportunizado que os profissionais participem dessas mudanças, dessa forma, diminui-se a eficácia que poderia ser alcançada pelas melhorias nos processos, gerando frustração para as supervisões e descrença pelos gestores (TORRES, 2018).

Além disso, as vítimas de um evento adverso vão além do paciente e sua família, considerados as primeiras vítimas. As segundas vítimas seriam os profissionais da saúde envolvidos na ocorrência do evento adverso (TARTAGLIA; MATOS, 2020). Esse conceito busca elucidar os efeitos de um evento adverso no âmbito psicológico do profissional da saúde, que pode experimentar sintomas como vergonha, culpa e depressão, como também gerar insatisfação e desgaste relacionados ao trabalho. Poucos profissionais buscam auxílio para lidar com essas emoções, visto que uma das barreiras é o medo do julgamento negativo por parte dos seus pares (JOINT COMMISSION, 2018).

Sendo assim, instituições que se preocupam em fortalecer a cultura de segurança do paciente visam promover a comunicação aberta de eventos adversos, incentivando a aprendizagem organizacional e criando um ambiente isento de culpa para tais comunicações (SOUSA; MENDES, 2019). A instituição deve recolher o máximo de informações sobre os erros, sem expor os envolvidos, mas fornecendo subsídios para que essas pessoas aprendam por meio deles. Isso se reflete no

comprometimento contínuo dos profissionais na promoção de um ambiente seguro, beneficiando não apenas os pacientes, mas também os profissionais e a instituição (REIS, 2013).

Estudos ressaltam a importância da cultura de segurança do paciente na prevenção de eventos adversos. Por exemplo, uma pesquisa conduzida em uma UTI nos Estados Unidos revelou que uma cultura de segurança positiva estava associada a uma significativa redução na incidência de infecções hospitalares (WEAVER *et al.*, 2014). Da mesma forma, em um hospital pediátrico no Canadá, observou-se que uma cultura de segurança positiva estava vinculada a uma considerável diminuição na ocorrência de eventos adversos em pacientes pediátricos (LEUNG *et al.*, 2013).

Avaliar a cultura de segurança é importante para medir as condições organizacionais que levam a possíveis danos ao paciente nos serviços de saúde (ANVISA, 2014). Esse tipo de avaliação tem várias utilidades, tais como: diagnosticar o nível de cultura de segurança, identificar possíveis riscos que podem culminar em dano, analisar, avaliar a evolução das intervenções adotadas e acompanhar a maturidade da cultura com o tempo, bem como estimular a notificação de incidentes (NIEVA; SORRA, 2006). Para finalizar e exemplificar a importância do estabelecimento de uma cultura de segurança, um estudo realizado em um hospital espanhol revelou que, após utilizarem estratégias educativas com foco na cultura de segurança, houve uma redução significativa dos erros relacionados à prescrição de medicamentos, caindo de 21% para 3% (SOUZA *et al.*, 2014), o que evidencia de fato sua relevância

## 2.5 POR QUE AVALIAR A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE?

Os hospitais são cada vez mais incentivados a melhorar a qualidade e a segurança nos seus processos assistenciais. Portanto, a cultura de segurança do paciente se tornou uma questão central para organizações de alto risco, incluindo hospitais. Nesse sentido, vale mencionar que um estudo sugeriu que um clima de segurança favorável pode contribuir para melhorar a adesão a medidas de precaução e higiene de mãos (HESSELS *et al.*, 2023).

Ao avaliar a cultura de segurança, é possível obter uma visão clara dos aspectos da segurança do paciente que precisam de adequações e requerem mais atenção. Tal avaliação ajuda na identificação e na mensuração das condições organizacionais que levam a eventos adversos, além de promover o desenvolvimento e a avaliação das intervenções de melhoria da segurança do paciente nas instituições de saúde (PRIETO; FONSECA; ZEM-MASCARENHAS, 2021).

Os principais objetivos dessa avaliação abrangem compreender como os profissionais percebem a segurança do paciente na organização e identificar unidades que necessitam de melhorias. Assim, também é possível avaliar a efetividade de ações elaboradas para a melhoria da segurança ao longo do tempo, além de comparar dados internos e externos à organização (NQF, 2010).

As ferramentas de avaliação da cultura de segurança fornecem um caminho para entender uma cultura organizacional. Assim, é possível confrontá-la para transformá-la, uma vez que a avaliação da cultura de segurança fornece à organização um entendimento básico das percepções e das atitudes relacionadas à segurança a partir da visão dos profissionais de uma instituição (NIEVA; SORRA, 2006).

Uma instituição que adota uma postura punitiva em relação aos erros provavelmente enfrenta desafios devido à subnotificação de eventos adversos, o que, por sua vez, complica a análise desses dados (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016). As informações sobre cultura de segurança são valiosas para impulsionar melhorias, sendo assim, é essencial desenvolver um processo que promova uma compreensão compartilhada dentro da instituição sobre os significados das descobertas e suas possíveis origens. Após essa análise conjunta, torna-se viável realizar ações relevantes para mudanças sustentáveis (NIEVA; SORRA, 2006).

Aplicar questionários de avaliação é uma forma de coletar informações valiosas acerca de determinado assunto, pois fornece uma visão interna das práticas e das atitudes relacionadas ao tema. Ao analisar as respostas dos profissionais, os hospitais podem identificar áreas fortalecidas e oportunidades de melhoria em seu ambiente institucional, o que se mostra

fundamental para promover uma cultura de segurança sólida e aprimorar continuamente os padrões de atendimento (JACQUES; MACEDO; CAREGNATO, 2021).

Atualmente, há dois instrumentos disponíveis para avaliar a cultura de segurança do paciente, validados para o contexto brasileiro: o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) e o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Ressalta-se que ambos os instrumentos são confiáveis, porém o HSOPSC foi escolhido neste estudo por abordar questões que o SAQ não aborda, como a frequência de eventos relatados e a percepção geral da segurança do paciente (ETCHEGARAY; THOMAS, 2012).

O *Hospital Survey on Patient Safety Culture* é um questionário que avalia a cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar, considerando aspectos relacionados à gestão e cultura institucional, liderança na unidade assistencial, trabalho em equipe e ocorrência de eventos adversos. É composto por 12 dimensões, a saber: Trabalho em equipe dentro das unidades, Expectativa e ações de promoção da segurança pelos gestores, Aprendizado organizacional e melhoria contínua, Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, Percepção geral da segurança do paciente, Retorno das informações e da comunicação sobre erros, Abertura para a comunicação, Frequência de eventos notificados, Trabalho em equipe entre unidades, Dimensionamento de Pessoal, Passagens de plantão e transferências internas e Resposta não punitiva aos erros. A percepção dos participantes é expressa de forma quantitativa, ou seja, é transformada em média a partir de uma escala Likert e classificada como forte, neutra ou fraca para a cultura de segurança do paciente (SORRA; STREAGLE, 2018).

Um estudo conduzido em hospitais dos Estados Unidos, utilizando o HSOPSC, encontrou que enfermeiros pontuaram médias mais baixas do que médicos em relação à cultura de segurança do paciente. Além disso, os enfermeiros notificaram eventos adversos com mais frequência do que os demais profissionais. Profissionais com maior tempo de atuação no hospital em questão pontuaram médias mais altas para cultura de segurança do paciente, demonstrando que o tempo de atuação teve influência positiva na sua percepção (ABRAHAMSON *et al.*, 2018).

Pesquisa realizada no Paraná, com amostra majoritariamente composta pela equipe de enfermagem, encontrou que as áreas mais frágeis para cultura de segurança do paciente entre os profissionais estudados foram Abertura para Comunicação e

Resposta não punitiva aos erros. Os pesquisadores encontraram uma média geral para o HSOPSC considerada fraca para cultura de segurança do paciente (SANCHIS; HADDAD; GIROTTO, 2020).

Um estudo multicêntrico realizado no Rio Grande do Norte avaliou participantes da equipe multiprofissional a partir da aplicação do HSOPSC. Quase metade da amostra foi composta pela equipe de enfermagem. Nenhuma dimensão do questionário alcançou média considerada forte para a cultura de segurança do paciente, porém o hospital privado apresentou médias mais altas em relação aos hospitais federal e estadual. As dimensões Percepção de segurança, Dimensionamento de Pessoal e Resposta não punitiva aos erros foram consideradas como áreas mais frágeis (ANDRADE *et al.*, 2018).

Estudo utilizando o HSOPSC em 381 participantes, realizado por Galvão e colaboradores (2018) encontrou médias mais altas (indicando força) para as dimensões Trabalho em equipe, Aprendizado organizacional e Expectativa e ações de promoção da segurança pelos gestores. A dimensão com média considerada mais frágil foi Resposta não punitiva aos erros, evidenciando que a cultura punitiva ainda é uma realidade em muitas instituições brasileiras.

Outros estudos que utilizaram o HSOPSC (TOMAZONI *et al.*, 2015; SILVA; CARVALHO, 2016; PRIETO; FONSECA; ZEM-MASCARENHAS, 2021) também encontraram resultados que corroboram que a cultura punitiva ainda está presente no ambiente hospitalar, apesar dos esforços empregados pelas instituições para mudar essa mentalidade. Alguns estudos brasileiros encontraram as dimensões Aprendizado organizacional e Trabalho em equipe como áreas fortalecidas (MELLO; BARBOSA, 2013; JACQUES; MACEDO; CAREGNATO, 2018) As dimensões Abertura para comunicação e Dimensionamento de pessoal também surgiram como áreas de fragilidade (SILVA; CARVALHO, 2016; COSTA *et al.*, 2018).



### 3 JUSTIFICATIVA

A segurança do paciente é amplamente debatida no âmbito hospitalar, pois influencia diretamente na qualidade do cuidado e previne desfechos negativos relacionados à assistência em saúde. No entanto, ainda é necessário fortalecer as barreiras e os protocolos para proteger os pacientes pediátricos de erros e falhas em Unidades de Terapia Intensiva.

A cultura de segurança em UTIP desempenha um papel fundamental na garantia do bem-estar dos pacientes em risco. Em uma UTIP, a cultura de segurança torna-se ainda mais crucial, considerando a fragilidade e a vulnerabilidade dessas crianças. A atenção meticulosa aos detalhes é essencial para prevenir eventos adversos e assegurar resultados mais positivos, refletindo diretamente na qualidade de vida e funcionalidade desses pacientes.

Compreender a cultura de segurança na UTIP capacita os profissionais de saúde a identificarem áreas de risco e desenvolver estratégias para aprimorar a segurança do paciente. A implantação de medidas específicas, como protocolos de identificação e gestão de riscos, treinamento e comunicação eficaz entre a equipe de cuidados, além da incorporação de tecnologias de suporte à decisão clínica, podem reduzir consideravelmente o risco de eventos adversos e aprimorar a qualidade do cuidado.

Diante da relevância dessa temática, esta pesquisa pode ajudar a melhorar a qualidade do ambiente de trabalho dos profissionais de saúde e promover a colaboração multiprofissional. Profissionais de saúde que trabalham em um ambiente com uma cultura de segurança forte tendem a ter melhor satisfação no trabalho e menos estresse ocupacional.

Pode-se considerar que, por intermédio do desenvolvimento da cultura de segurança do paciente, será possível melhorar processos assistenciais com desfechos favoráveis para os pacientes e suas famílias, para os profissionais, na otimização de recursos, na fármaco-economia e na gestão, entre outros. Assim, a realização deste estudo justifica-se como oportunidade de contribuir para a identificação de áreas frágeis e para estimular a construção de uma cultura de segurança forte nesse ambiente.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 GERAL

Mensurar a cultura de segurança do paciente entre profissionais da equipe multiprofissional, atuantes em uma UTIP de um hospital universitário terciário, a partir da aplicação do questionário “*Hospital Survey On Patient Safety Culture*” (HSPOSC).

### 4.2 ESPECÍFICOS

- Identificar a idade, o sexo, a formação e o tempo de atuação dos profissionais que participaram do estudo.
- Encontrar dimensões fortes, neutras e frágeis para a cultura de segurança do paciente na UTIP estudada.
- Comparar as percepções das diferentes categorias profissionais em relação aos aspectos relacionados à segurança do paciente, conforme as dimensões do HSPOSC.
- Comparar as percepções dos profissionais em relação às dimensões do HSPOSC, a partir das suas características (idade, sexo, formação e tempo de atuação).

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO (DELINEAMENTO)

Estudo transversal.

### 5.2 LOCAL

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A referida unidade presta assistência a crianças e adolescentes de zero a 18 anos de idade, com condições clínicas ou cirúrgicas, e dispõe atualmente de 13 leitos.

O HCPA é uma instituição pública vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (MEC). É considerado um hospital terciário pelo atendimento de situações de alta complexidade, inclusive como centro de referência para inúmeras doenças pediátricas (hepáticas, do sistema digestório, pulmonares, oncológicas e genéticas).

Em 2013, o HCPA criou o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e a Gerência de Risco Sanitário-Hospitalar (GR), com o objetivo de combater os riscos à saúde e segurança dos pacientes, monitorando incidentes e eventos que poderiam ter resultado ou resultaram em dano ao paciente. Suas ações incluem a identificação de processos críticos na assistência, o gerenciamento da notificação e da análise de eventos adversos ocorridos na instituição e a notificação dos eventos adversos para a ANVISA (HCPA, 2023).

O HCPA também dispõe de prontuário eletrônico e ferramenta eletrônica para registro e controle de eventos adversos ocorridos (HCPA, 2023). Na página institucional do HCPA (Figura 3), na área “intranet”, existe um link acessível para que todos os colaboradores do HCPA possam notificar incidentes ou eventos ocorridos na instituição, o que pode ser feito de forma anônima.

Figura 3 – Página institucional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



Fonte: Intranet Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2023).

O HCPA conta com setor de educação permanente e, desde 2011, com ambiente virtual de educação à distância (EAD), que oferece cursos e capacitações periódicas para todas as pessoas que participam da assistência dentro da instituição. Além disso, oferece treinamentos relacionados ao aperfeiçoamento dos processos de cuidado ao paciente e ao aprimoramento da cultura de segurança (HCPA, 2023).

Torna-se importante ressaltar que a realização da grade de cursos e capacitações é obrigatória para todos os profissionais que atuam no HCPA, assim, caso o profissional não cumpra com esse pré-requisito, seu acesso ao hospital é bloqueado. Dessa forma, verifica-se que essa medida pretende incentivar os profissionais a estarem atentos para os treinamentos de educação continuada oferecidos pela instituição (HCPA, 2023).

Além das iniciativas adotadas para fortalecer a segurança do paciente na instituição, o HCPA conquistou a acreditação pela *Joint Commission* em 2013. Essa acreditação consiste em um processo de avaliação externa a partir de padrões pré-estabelecidos, com o objetivo de melhorar a segurança e a qualidade do cuidado. Como resultado, espera-se garantir um ambiente mais seguro e elevar a credibilidade institucional a respeito da segurança do paciente e da qualidade do atendimento (JCI, 2023).

### 5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população analisada pelo estudo incluiu toda a equipe multidisciplinar, composta por profissionais médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Salienta-se que esses profissionais atuam na assistência direta ao paciente internado na UTIP do HCPA.

Essa população totalizou aproximadamente uma centena de pessoas. A amostra foi intencional e não probabilística, sendo utilizados os seguintes critérios de inclusão: profissionais de ambos os sexos que estivessem no exercício de suas funções na UTI e que prestassem assistência direta ao paciente. Alunos de graduação e professores da universidade não foram incluídos neste estudo.

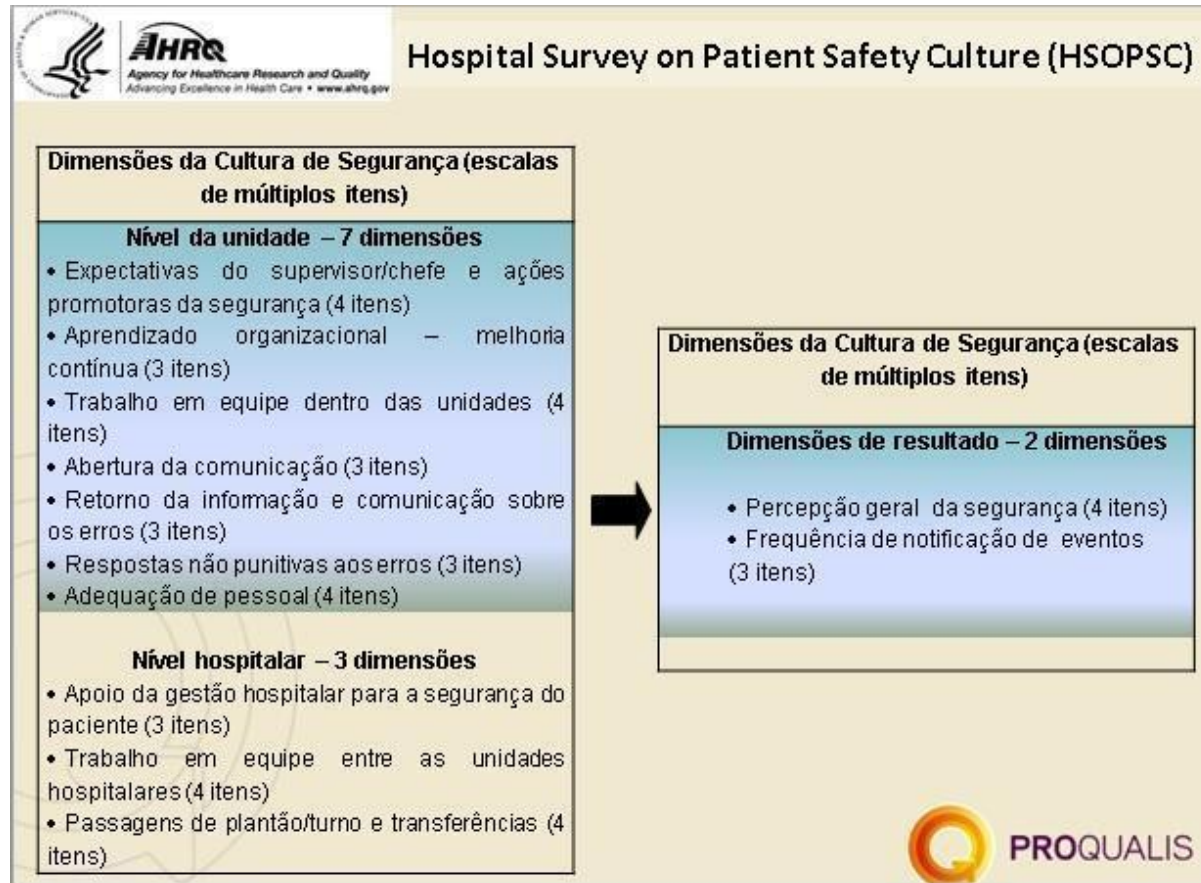
Sendo assim, foram convidados a participar do estudo 94 profissionais, dos quais se obteve uma taxa de aceite de 67%. A amostra final foi composta por 63 participantes, sendo eles médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêutico, residentes médicos e residentes da equipe multiprofissional.

### 5.4 HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (HSOPSC)

O *Hospital Survey on Patient Safety* (HSOPSC) representa um método quantitativo para analisar a cultura de segurança hospitalar (SORRA; STREAGLE, 2018). Desenvolvido inicialmente pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), em

2004, o questionário foi concebido com o propósito de descrever a cultura de segurança do paciente em ambientes hospitalares, a partir das percepções dos profissionais de saúde, conforme mostra a Figura 4.

Figura 4 – *Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC)*



Fonte: AHRQ (2004).

Este instrumento é globalmente aplicado em instituições de saúde para avaliar a cultura de segurança do paciente e suas implicações. Originalmente em inglês, o instrumento foi traduzido e passou por validação transcultural no Brasil em 2012, demonstrando alta confiabilidade e confirmando sua capacidade de reprodução e aplicabilidade em diversos contextos (REIS, 2013).



O HSOPSC possibilita a identificação de áreas que necessitam de aprimoramento na cultura de segurança, assim como a avaliação da eficácia de ações desenvolvidas ao longo do tempo (REIS, 2013). Isso auxilia as organizações a entenderem como sua cultura de segurança se diferencia de outras instituições, permitindo a priorização de esforços para fortalecer a cultura ao identificar suas fragilidades (FASSARELLA; CAMERINI; FIGUEIREDO, 2019).

Por meio de questionamentos a respeito de aspectos importantes relacionados à segurança do paciente, o HSOPSC avalia as múltiplas dimensões da cultura presentes na instituição de saúde. Tais dimensões incluem os valores, as crenças e as normas da organização de saúde, bem como os processos de comunicação, liderança e gestão da organização que se relacionam direta ou indiretamente com a segurança do paciente e com a assistência prestada (PRIETO; FONSECA; ZEM-MASCARENHAS, 2021).

O questionário apresenta doze dimensões em sua estrutura, conforme mostra o Quadro 1, as quais dividem-se em 42 itens. Para cada item, as opções de resposta têm variação de concordância entre o “discordo totalmente” (0), “discordo parcialmente” (25), “nem concordo nem discordo” (50), “concordo parcialmente” (75) e “concordo totalmente” (100), conforme uma escala Likert. O cálculo é uma porcentagem das respostas consideradas positivas por dimensão dividido pelo total de respostas válidas da mesma dimensão multiplicado por 100. As perguntas reversas são sinalizadas.

Quadro 1 – Dimensões do HSOPSC (ProQualis)

<b>Dimensões do <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i></b>	
Trabalho em equipe dentro das unidades	Define se os profissionais apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham como equipe
Expectativa e ações de promoção da segurança pelos gestores	Avalia se os supervisores e gerentes consideram e reconhecem as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente
Aprendizado organizacional e melhoria contínua	Avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e a efetividade das mudanças ocorridas
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	Avalia se a gestão do hospital propicia um clima de trabalho que promove e demonstra que a segurança do paciente é prioridade
Percepção geral da segurança do paciente	Avalia os sistemas ou procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros e ausência de problemas de segurança do paciente
Retorno das informações e da comunicação sobre erros	Avalia a percepção dos profissionais sobre notificação de erros, implementação de mudanças e estratégias para evitar erros futuros
Abertura para a comunicação	Avalia se os profissionais conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se tem liberdade para questionar as chefias a respeito da segurança do paciente
Frequência de eventos notificados	Relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou percebidos antes que afetassem o paciente
Trabalho em equipe entre unidades	Avalia se as unidades do hospital cooperam e

	coordenam-se entre si para promover cuidado de qualidade para os pacientes
Dimensionamento de Pessoal	Avalia se os profissionais são capazes de lidar com sua carga de horário e se as horas de trabalho são suficientes para oferecer cuidado qualificado aos pacientes
Passagens de plantão e transferências internas	Avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes é transferida adequadamente durante trocas de turno ou de unidades
Resposta não punitiva aos erros	Avalia como os profissionais se sentem em relação aos erros cometidos e se acreditam que os erros podem ser usados contra eles

Fonte: Elaboração própria.

A medida para avaliar a cultura de segurança é o percentual de respostas positivas obtidas por item e por dimensões da cultura. O percentual de respostas positivas maior ou igual a 75% na dimensão indica uma cultura de segurança fortalecida. O percentual de respostas positivas menor ou igual a 50% na dimensão indica uma cultura fragilizada, que necessita de ações de melhoria. São consideradas neutras as dimensões que apresentam percentual de respostas positivas entre 50% e 75% (PRIETO; FONSECA; ZEM-MASCARENHAS, 2021).

O questionário fornece uma visão geral de grande valor para o ambiente de segurança, assim como possibilita verificar em que algo está errado, o que permite que seja realizada uma investigação qualitativa complementar posteriormente. Por fim, vale salientar que não se trata de medir a segurança do paciente, mas de avaliar as atitudes das pessoas em relação a ela. Um baixo percentual em cada item também sugere comprometimento da cultura de segurança do ambiente (REIS, 2013).

## 5.5 COLETA E PROCESSAMENTO DE DADOS

Os pesquisadores não realizaram nenhuma intervenção na amostra selecionada, limitando-se a descrever e a discutir os dados coletados durante o estudo. Os dados coletados após a aprovação do projeto de pesquisa são de cunho quantitativo, isto é, trata-se de informações numéricas obtidas pelo método científico tradicional (POLIT; BECK, 2011).

Para a coleta de dados, o convite para participar do estudo foi direcionado primeiramente às chefias das equipes que atuam na UTI Pediátrica, solicitando que o convite fosse encaminhado aos profissionais que atendessem aos critérios de inclusão da pesquisa. Aos profissionais que demonstraram interesse em participar da pesquisa, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e, após o aceite, enviado o questionário autoaplicável (Anexo A).

Tanto o TCLE quanto o questionário foram encaminhados via e-mail aos profissionais que aceitaram participar do estudo. O questionário foi enviado no formato de formulário do Google e foi garantido o anonimato dos participantes.

A coleta dos dados ocorreu durante os meses de julho a outubro de 2023. Além dos convites feitos por e-mail, foram realizados convites presenciais, *in loco*, nos turnos da manhã, tarde e noite, englobando todos os dias da semana. Nesses contatos, a pesquisadora entregou uma folha impressa (Apêndice B) com a descrição e os objetivos da pesquisa, assim como um *QR-Code* que deu acesso ao formulário do Google com o TCLE e o questionário autoaplicável.

Durante a coleta de dados, houve dificuldade na aplicação do questionário devido à recusa de alguns profissionais em participar da pesquisa, em virtude do número de itens do questionário (considerado alto) ou da carga de trabalho excessiva no momento da abordagem. Desse modo, verificou-se a necessidade de aplicar o questionário de forma fácil e rápida para que o profissional não considerasse a participação na pesquisa como prejudicial para suas atividades. Além disso, foi utilizada abordagem mista para o recrutamento dos participantes: os pesquisadores realizaram a abordagem por meio de e-mail e de convite presencial, *in loco*, cabendo mencionar que foi obtido maior número de participantes ao realizar o convite presencialmente.

## 5.6 VARIÁVEIS UTILIZADAS

Foram solicitadas aos participantes informações sobre variáveis de interesse para o estudo relacionadas à atuação profissional e ao perfil do profissional, a saber: idade, sexo, formação profissional e tempo de atuação na UTIP estudada.

## 5.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise dos dados, as respostas obtidas por meio de Formulário do Google foram exportadas para uma planilha do Google Planilhas, sendo revisadas para excluir possíveis erros de digitação. Posteriormente, foi realizada análise estatística usando o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS v.20.0), desenvolvido pela *International Business Machines* (IBM).

As respostas ao questionário obedeciam a uma escala de Likert de 1 a 5, englobando as opções: discordo totalmente; discordo; nem concordo, nem discordo; concordo; e concordo totalmente; ou nunca; quase nunca; às vezes; quase sempre; e sempre. Procedeu-se à recodificação da escala, tendo o percentual de respostas positivas específicas – na dimensão ou item – como principal indicador de análise. No caso de perguntas reversas – formuladas de forma negativa –, as respostas pela escala de Likert de 1 a 5 eram invertidas.

O percentual de respostas positivas foi calculado para cada dimensão a partir do número de respostas consideradas positivas, sendo elas “concordo parcialmente” e “concordo totalmente”, quando a afirmação indicava satisfação com aquele aspecto da cultura de segurança do paciente, e “discordo parcialmente” e “discordo totalmente”, quando a afirmação indicava insatisfação com o aspecto descrito.

Assim, as respostas foram divididas pelo número total de participantes e, depois, multiplicadas por 100. Percentuais superiores a 75% de respostas positivas representaram resultados satisfatórios quanto à cultura de segurança do paciente, já percentuais  $\leq 50\%$  demonstraram dimensões frágeis para o fenômeno.

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão, quando distribuição simétrica. A mediana também foi calculada para as variáveis com distribuição assimétrica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absoluta e relativas. Para comparar médias, o teste t-student foi aplicado e, em caso de assimetria, o teste de Mann-Whitney foi utilizado.

Ademais, foi verificada a correlação das respostas com as variáveis: categoria profissional, tempo de atuação na unidade, idade e sexo dos participantes. As correlações entre as variáveis numéricas e ordinais foram realizadas por meio dos coeficientes de correlação de Pearson ou Spearman, respectivamente. As correlações foram interpretadas considerando o definido por Cohen (1988), em que se considera que os valores entre 0,10 e 0,29 indicam uma correlação de magnitude baixa, entre 0,30 e 0,49 moderada, e superior a 0,50 grande. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 27.0.

## 5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil e encaminhado para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Atendeu aos preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 e da Resolução nº 510/2016, sendo aprovado com o Parecer nº 5.548.517 e CAAE 58851122.7.0000.5327.

Para os profissionais que aceitaram participar do estudo, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível no Apêndice A. O TCLE foi aplicado conforme a RN 01/97 (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 1997), garantindo o compromisso ético e o respeito à privacidade dos profissionais envolvidos na assistência aos pacientes. Nesse

termo constaram os nomes dos pesquisadores, o telefone e a instituição responsável. Além disso, os participantes receberam a informação de que poderiam interromper a pesquisa a qualquer momento.

## 6 RESULTADOS





## **7 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES**

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo foi possível avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente entre profissionais atuantes em uma UTIP do Sul do Brasil. A pesquisa revelou percepções variáveis sobre a cultura de segurança do paciente entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais. O dimensionamento inadequado de profissionais em relação à quantidade de trabalho foi um fator evidenciado pela presente pesquisa, sendo um ponto de grande impacto na segurança do paciente.

Em relação à extrapolação dos resultados a hospitais com perfil similar ao deste estudo, é necessário cautela, pois a pesquisa descreve a realidade da UTIP do hospital participante, em um contexto pontual. As percepções dos participantes podem variar em outras regiões do país, em diferentes instituições e sob diferentes gestões.

Em relação às informações coletadas sobre os participantes, houve limitação na análise dos dados devido a não inclusão de perguntas sobre tempo de formação, títulos de especialização e experiências profissionais prévias dos participantes, fatores que poderiam ser relevantes para a análise das respostas do questionário. Ademais, está disponível o HSOPSC 2.0, que inclui questões relacionadas à notificação de eventos adversos, aspecto que não foi analisado nesta dissertação.

Por fim, considera-se que os achados deste estudo podem servir de base tanto para futuras análises comparativas quanto para auxiliar outras instituições na identificação de aspectos relevantes para a cultura de segurança do paciente em UTIP. Sugere-se que estudos mais abrangentes sejam realizados na instituição e em outros hospitais universitários, no intuito de que seja possível compará-los e reavaliar as ações de melhoria aplicadas.

## REFERÊNCIAS

ABRAHAMSON, K. *et al.* Organizational role and perception of organizational safety culture: a survey of registered nurses, physicians, and managers. **The Online Journal of Issues in Nursing**, v. 23, n. 3, n.p., 2018. Disponível em: <https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-23-2018/number-3-september-2018/articles-on-previously-published-topics/organizational-role-and-perception-safety-culture/>. Acesso em: 19 jan. 2024.

AL-AWA B *et al.* Benchmarking the post-accreditation patient safety culture at King Abdulaziz University Hospital. **Annals of Saudi Medicine**, v. 32, n. 2, p. 143-150, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6086642/>. Acesso em: 18 jan. 2024.

ALENIUS, L. S.; TISHELMAN, C.; RUNESDOTTER, S.; LINDQVIST, R. Staffing and resource adequacy strongly related to RNs' assessment of patient safety: a national study of RNs working in acute-care hospitals in Sweden. **BMJ Qual Saf**, v. 23, n. 3, p. 242-249, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3932760/>. Acesso em: 18 jan. 2024.

ALIEVI, P. T.; CARVALHO, P. R. A.; TROTTA, E. A.; MOMBELLI FILHO, R. Impacto da internação em unidade de terapia intensiva pediátrica: avaliação por meio de escalas de desempenho cognitivo e global. **Jornal De Pediatria**, v. 83, n. 60), p. 505-511, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572007000800005>. Acesso em: 18 jan. 2024.

ANDRADE, L. E. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 161-172, jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>. Acesso em: 18 jan. 2024.

ANDRADE, L. E. L. de *et al.* Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 455-468, jul. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/WWrcjrQH3r5LvwRKV3VbPSy/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 18 jan. 2024.

ANDRADE, A. M. *et al.* Evolução do programa nacional de segurança do paciente. Evolução do programa nacional de segurança do paciente: uma análise dos dados públicos disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 8, n. 4, p. 37-46, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5705/570567431005/570567431005.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anvisa). **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa; 2014.

ARAÚJO NETO, J. D. *et al.* Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 43-50, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p43>.

BARATTO, M. A. M. **Cultura de segurança do paciente**: percepções e atitudes dos trabalhadores nas instituições hospitalares de Santa Maria. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7443/BARATTO%2c%20MARI%20ANGELA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 18 jan. 2024.

BARBOSA, R. V. *et al.* Benefícios do round multidisciplinar na unidade de terapia intensiva. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 17989-18001, 2020.

BARBOSA, I. E. B. *et al.* Segurança do paciente: principais eventos adversos na Unidade Terapia Intensiva. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e6454, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6454>. Acesso em: 18 jan. 2024.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007.

BELELA, A. S. C.; PETERLINI, M. A. S.; PEDREIRA, M. da L. G. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, n. 3, p. 257-263, set. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2010000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 18 jan. 2024.

BRANCO FILHO, J. R. Segurança do paciente no cenário mundial e no Brasil: uma breve revisão histórica. In: FONSECA, A. S; PETERLINI, L; COSTA, D. A. **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**: Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

CALDANA, G.; GUIRARDELLO, E.B.; URBANETTO, J.S.; PETERLINI, M.A.S.; GABRIEL, C.S. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: desafios e perspectivas. **Texto contexto – enferm.**, v. 24, n. 3, p. 906-911, 2015. Disponível em:

researchgate.net/publication/282774810\_Brazilian\_network\_for\_nursing\_and\_patient\_safety\_Challenges\_and\_perspectives/link/561cfeac08ae50795afd6f37/download?\_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uliwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19. Acesso em: 15 abril. 2024.

CAMELO, S. H. H. Professional competences of nurse to work in Intensive Care Units: an integrative review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 192-200, jan. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100025>. Acesso em: 18 jan. 2024.

CAPUCHO, H. C.; ARNAS, E. R.; CASSIANI, S. H. D. B. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 164-172, mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100021>. Acesso em: 18 jan. 2024.

CARDOSO, C. G. **Trabalho em equipe multiprofissional: relações interprofissionais e humanização da assistência hospitalar em doenças infecciosas**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

CLARO, C. M.; KROCKOZ, D. V. C.; TOFFOLLETO, M. C.; PADILHA, K. G. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 167-172, mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/xtQFBSZtVLprTm8zDkpL5JQ/?lang=pt#>. Acesso em: 18 jan. 2024.

COHEN, J. **The Effect Size**. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Abingdon: Routledge, 1988.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Comissão de Business Intelligence. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. Departamento de Tecnologia da Informação: COFEN. 2011. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/atlas/>. Acesso em: 18 jan. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Segurança do paciente: guia para a prática**. São Paulo: COREN-SP, 2022.

COSLOP, S. *et al.* Estrutura e atividades dos Núcleos de Segurança do Paciente em hospitais: uma revisão integrativa. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 10, n. 1, p. 55-63, 2022. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/journal/5705/570572810008/570572810008.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2024.

COSTA, D. B. da; RAMOS, D.; GABRIEL, C. S.; BERNARDES, A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto**, v. 27, n. 3, p. e2670016, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>. Acesso em: 18 jan. 2024.

ETCHEGARAY, J. M.; THOMAS, E. J. Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. **BMJ Quality & Safety**, v. 21, p. 490-498, 2012. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/21/6/490>. Acesso em: 18 jan. 2024.

EVANGELISTA, V. C. *et al.* Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, p.1099-1107, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/X6SSkkfXsxNVPQd5qcBk6Yz/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 18 jan. 2024.

FASSARELLA, C. S.; SILVA, L. D. da; CAMERINI, F. G.; FIGUEIREDO, M. do C. A. B. Nurse safety culture in the services of a university hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 767-773, maio 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0376>. Acesso em: 18 jan. 2024.

FELDHAUS, C. *et al.* Association between workload and absenteeism in nursing technicians. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, p. e20180307, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0307>. Acesso em: 18 jan. 2024.

FLIN, R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. **Safety Science**, v. 45, n. 6, p. 653-667, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2007.04.003>. Acesso em: 18 jan. 2024.

FUJITA, S.; WU, Y.; IIDA, S.; NAGAI, Y.; SHIMAMORI, Y.; HASEGAWA, T. Patient safety management systems, activities and work environments related to hospital-level patient safety culture: A cross-sectional study. **Medicine**, v. 98, n. 50, p. e18352, 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Principais Questões sobre Segurança do Paciente em Pediatria**. Rio de Janeiro, 21 out. 2022.

GALVÃO, T. F.; LOPES, M. C. C.; OLIVA, C. C. C.; ARAÚJO, M. E. A.; SILVA, M. T. Patient safety culture in a university hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, p. e3014, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>. Acesso em: 18 jan. 2024.

GARCIA, P. C. R.; TONIAL, C. T.; PIVA, J. P. Septic shock in pediatrics: the state-of-the-art. **Jornal De Pediatria**, v. 96, p. 87-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2019.10.007>. Acesso em: 18 jan. 2024.

GOMES, A. G. A.; CARVALHO, M. F. de O. A perspectiva do paciente sobre a experiência de internação em UTI: revisão integrativa de literatura. **Rev. SBPH [online]**, v. 21, n. 2, p. 167-185, 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582018000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000200010&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 18 jan. 2024.

GUTIÉRREZ-CÍA, I. *et al.* Perception of safety culture in Spanish intensive care units. **Med Clín [Internet]**, v. 135, n. 1, p. 37-44, 2010. DOI: 10.1016/S0025-7753(10)70019-1. Acesso em: 18 jan. 2024.

HESELS, A. J.; GUO, J.; JOHNSON, C. T.; LARSON, E. Impact of patient safety climate on infection prevention practices and healthcare worker and patient outcomes. **Am J Infect Control**, v. 51, n. 5, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37088521/>. Acesso em: 18 jan. 2024.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Orgs.) **To err is human: building a safer health system**. Washington (DC): NationalAcademy Press; 1999.

JACQUES, F. B. L.; MACEDO, E.; CAREGNATO, R. C. A. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional de seis hospitais brasileiros. **Saúde em Redes**, v. 7, n. 3, p. 399-416, 2021. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3364>. Acesso em: 14 abril. 2024.

JOINT COMMISSION, DIVISION OF HEALTHCARE IMPROVEMENT. Supporting second victims [Internet]. **Quick Safety**, v. 39, p. 1-3, 2018. Disponível em: [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/newsletters/quick\\_safety\\_issue\\_39\\_2017\\_second\\_victim\\_final2pdf.pdf?db=web&hash=8B3AD29E1C947C4E39F09A547991D55B](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/newsletters/quick_safety_issue_39_2017_second_victim_final2pdf.pdf?db=web&hash=8B3AD29E1C947C4E39F09A547991D55B). Acesso em: 15 abril. 2024.

JUSTINO, D. C. P.; ANDRADE, F. B. de. Análise espacial das causas de mortalidade infantil no Brasil de 2000 a 2015. **Revista Ciência Plural**, v. 6, n. 3, p. 174-193, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/21978>. Acesso em: 14 nov. 2023.

LEMOS, G. de C. *et al.* A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Revista De Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, p. e2600, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2600>. Acesso em: 18 jan. 2024.

LIMA NETO, A. V. de. Percepção da cultura de segurança do paciente pelos enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.



KASHUAL, R. *et al.* Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. **JAMA**, v. 285, n. 16, p. 2114-2120, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11311101/>. Acesso em: 18 jan. 2024.

MACEDO, T. R.; ROCHA, P. K.; TOMAZONI, A.; SOUZA, S.; ANDERS, J. C.; DAVIS, K. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 5, p. 756-762, set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600007>. Acesso em: 18 jan. 2024.

MARTINS, A. A. C. Protocolos Internacionais de Segurança do Paciente: uma revisão da literatura. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Metropolitana de Santos, Santos, 2021. Disponível em: <https://portal.unimes.br/wp-content/uploads/2023/05/PROTOCOLOS-INTERNACIONAIS-DE-SEGURANAA-DO-PACIENTE-UMA-REVISO-DA-LITERATURA.pdf> . Acesso em: 15 abril. 2024.

MCHUGH, M. D. *et al.* American Heart Association's Get With The Guidelines-Resuscitation Investigators. Better Nurse Staffing and Nurse Work Environments Associated With Increased Survival of In-Hospital Cardiac Arrest Patients. **Medical Care**, v. 54, n. 1, p. 74-80, jan. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26783858/>. Acesso em: 18 jan. 2024.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. 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: 18 jan. 2024.

MENDONÇA, J. G. de; GUIMARÃES, M. J. B.; MENDONÇA, V. G. de; PORTUGAL, J. L.; MENDONÇA, C. G. de. Perfil das internações em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica do Sistema Único de Saúde no estado de Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 907-916, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.02152017>. Acesso em: 18 jan. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**. 2018.

MINUZZI, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2016, p. e1610015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>. Acesso em: 18 jan. 2024.

MIRANDA, N.A.; REZENDE, B.D.; OLIVEIRA, J. DE S.F.; FRANCO, M.B.S.; KAWATA, L.S. Caracterização de crianças atendidas no pronto-socorro de um hospital universitário. **Rev. Gestão&Saúde [Internet]**, v. 4, n. 1, p. 1350-64, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/186>. Acesso em: 15 abril. 2024.

MONTGOMERY, V. L. Effect of fatigue, workload, and environment on patient safety in the pediatric intensive care unit. **Pediatric Critical Care Medicine**, v. 8, n. 2, p.

S11-S16, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17496827/>. Acesso em: 18 jan. 2024.

MORAIS, J. A. D.; SILVA, J. M. T. S.; HADDAD, M. D. C. F. L.; CAVALCANTE, P. P. S. Processo de contratação coletiva de trabalhadores em hospital público de média complexidade. **Rev Enferm Cent O Min [Internet]**. v. 4, n. 2, p. 1173-1184, 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/540>. Acesso em: 18 jan. 2024.

MUELLER, B. U.; NEUSPIEL, D. R.; FISHER, E. R. S. Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. **Pediatrics**, v. 143, n. 2, p. e20183649, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30670581/>. Acesso em: 18 jan. 2024.

NABHAN, A.; AHMED-TAWFIK, M. S. Understanding and attitudes towards patient safety concepts in obstetrics. **Int J Gynecol Obstet**, v. 98, n. 3, p. 212-216, 2007.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. **Review of patient safety for children and young people**. London: National Patient Safety Agency, 2009.

NATIONAL QUALITY FORUM (NQF). **Safe Practices for Better Healthcare–2010 Update: A Consensus Report**. Washington, DC: NQF, 2010.

NOLETO, R. C.; CAMPOS, C. F. Estratégias Desenvolvidas pelos Enfermeiros para Garantir a Segurança do Paciente na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Original Article. **J Business Techn**, v. 16, n. 2, p. 92-103, 2020.

NUSS, S. *et al.* Importância da abordagem multidisciplinar no tratamento da úlcera por pressão em pacientes com sequelas incapacitantes: relato de caso. **Acta Biomedica Brasiliensia**, v. 6, n. 1, p. 78-83, 2015.

OLIVEIRA, R. M.; LEITÃO, I. M. T. A.; SILVA, L. M. S.; FIGUEIREDO, S. V.; SAMPAIO, R. L.; GONDIM, M. M. Estratégias para promover segurança do paciente. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 122-129, jan-mar 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v 1.1**. [s.l.] 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Learning from error**. Patient Safety Workshop [Internet]. 2010. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241599023>. Acesso em: 19 jan. 2024.

PAESE, F.; SASSO, G. T. M. D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 302-310, abr. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005>. Acesso em: 19 jan. 2024.

PAGE, A. (Org.). **Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses**. National Academies Press: Institute of Medicine, 2004.

PEDRONI, V. S. *et al.* Patient safety culture in the maternal-child area of a university hospital. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, n. spe, p. e20190171, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190171>. Acesso em: 19 jan. 2024.

PEDUZZI, M. Equipe multidisciplinar de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>.

PEREIRA, F. S.; SILVEIRA, M. S.; HOFFMANN, L. M.; PERES, M. de Á.; BREIGEIRON, M. K.; WEGNER, W. Percepção da equipe multiprofissional quanto à segurança do paciente pediátrico em áreas críticas. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 11, p. 1-20, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/55250/pdf>. Acesso em: 14 abril. 2024.

PERES, M. DE A. *et al.* Percepção de familiares e cuidadores quanto à segurança do paciente em unidades de internação pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. e2017-0195, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0195>. Acesso em: 19 jan. 2024.

PRIETO, M. M. N.; FONSECA, R. E. P. da.; ZEM-MASCARENHAS, S. H. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 6, p. e20201315, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1315>. Acesso em: 19 jan. 2024.

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

RAFFERTY, A. M. *et al.* Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. **Int J Nurs Stud [Internet]**, v. 44, n. 2, p. 175-182, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17064706/>. Acesso em: 19 jan. 2024.

RAJALATCHUMI, A.; RAVIKUMAR, T.S.; MURUGANANDHAM, K.; THULASINGAM, M.; SELVARAJ, K.; REDDY, M.M.; JAYARAMAN, B. 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. 14-18, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5812066/>. Acesso em: 16 abril. 2024.

REGGIANI, L. C.; CARVALHO, P. R. A.; ROCHA, T. S.; PIVA, J. P. As condições crônicas complexas de pacientes admitidos em UTI pediátrica terciária brasileira: impacto em mortalidade e tempo de internação. **Clinical and Biomedical Research**. Porto Alegre, p. 458, 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/233259/001133982.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 19 jan. 2024.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, nov. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>. Acesso em: 19 jan. 2024.

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

REIS, C. T.; PAIVA, S. G.; 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**, v. 30, n. 9, p. 660-677, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29788273/>. Acesso em: 19 jan. 2024.

REIS, G. A. X. dos *et al.* Nurse manager perceptions of patient safety strategy implementation. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. e00340016, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/WLrhPMJjgWbkwwdJDdcPztw/?lang=en#>. Acesso em: 19 jan. 2024.

SANCHIS, D. Z.; HADDAD, M. C. F. L.; GIROTTO, E.; SILVA, A. M. R. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, p. e20190174, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>. Acesso em: 19 jan. 2024.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe, p. 123-130, dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>. Acesso em: 19 jan. 2024.

SCHILLING, M. C. L. **A comunicação e a construção da cultura de segurança do paciente**: interfaces e possibilidades no cenário do hospital. 2017. Tese (Doutorado) – Faculdade de Comunicação Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2017. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/7542>. Acesso em: 19 jan. 2024.

SCHUH, L. X.; KRUG, S. B. F.; POSSUELO, L. Cultura de segurança do paciente em unidades de urgência/emergência. **Rev. Fun Care Online**, v. 12, p. 616-621, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1097372>. Acesso em: 19 jan. 2024.

SILVA, B. C. et al. A importância da equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Facit Business and Technology Journal**, v. 1, n.31, p.27-37, 2021. Disponível em: <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/1260>.

SILVA, D. R.; VIANA, V. P.; MÜLLER, A. M.; COELHO, A. C.; DEPONTI, G. N.; LIVI, F. P.; DALCIN, P. DE T. R. Epidemiological aspects of respiratory symptoms treated in the emergency room of a tertiary care hospital. **Jornal Brasileiro De**

**Pneumologia**, v. 39, n. 2, p. 164–172, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132013000200007>. Acesso em: 16 abril. 2024.

SILVA, J. M. B.; NÓBREGA, V. K. DE M.; ENDERS, B. C.; MIRANDA, F. A. N. de. O cuidado da equipe multiprofissional ao portador de HIV/AIDS. **Revista Baiana De Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 195-202, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5236>. Acesso em: 19 jan. 2024.

SILVA, M. V. P.; CARVALHO, P. M. G. Cultura de segurança do paciente: atitudes dos profissionais de enfermagem de um serviço de pronto-atendimento. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 1, p. 1-12, jan. fev. mar. 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6771974.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2024.

SORRA, J.; NIEVA, V. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.

SORRA, J.; NIEVA, V. **Reliability and Validity of the Hospital Survey on Patient Safety**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2006.

SORRA, J. *et al.* **AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2018.

SOUSA, P.; MENDES, W. (Orgs.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras** [on-line]. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Editora Fiocruz, 2019. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2024.

SOUZA, F. T. de; GARCIA, M. C.; RANGEL, P. P. da S.; ROCHA, P. K. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 152-162, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/217976928781>. Acesso em: 19 jan. 2024.

SOUZA, V. S. de *et al.* Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. **Cogitare Enferm**, v. 20, n. 3, p. 475-482, 2015.

TARTAGLIA, A.; MATOS, M.A.A. Second victim: after all, what is this? **einstein (São Paulo) [Internet]**, v. 1, n. 8, p. 1-3, 2020.18:eED5619. Disponível em: [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2020ED5619](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ED5619). Acesso em 15 abril. 2024.

TOMAZONI, A.; ROCHA, P. K.; KUSAHARA, D. M.; SOUZA, A. I. J.; MACEDO, T. R. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 161-169, jan. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>. Acesso em: 19 jan. 2024.

TORRES, R. D. Melhoria da cultura da segurança do paciente em um serviço de oncologia. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

WAGNER, A. *et al.* Healthcare professionals' perspectives on working conditions, leadership, and safety climate: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, v. 19, n.p., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3862-7>. Acesso em: 19 jan. 2024.

WAGNER, L. M.; MCDONALD, S. M.; CASTLE, N. G. Relationship between nursing home safety culture and Joint Commission accreditation. **Jt Comm J Qual Patient Saf**, v. 38, n. 5, p. 207-215, 2012.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 427-434, jun. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000300002&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300002&lng=en&nrm=isso). Acesso em: 19 jan. 2024.

WEGNER, W. *et al.* Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, p. e68020, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.68020>. Acesso em: 19 jan. 2024.

What Is Patient Safety Culture? Content last reviewed March 2022. Rockville, MD. **Agency for Healthcare Research and Quality**, 2022. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html>. Acesso em: 19 jan. 2024.

WOODS, D.; THOMAS, E.; HOLL, J.; ALTMAN, S.; BRENNAN, T. Adverse events and preventable adverse events in children. **Pediatrics**, v. 115, n. 1, p. 155-60, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15629994/>. Acesso em: 19 jan. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2008-2009**. Geneva (Swi): World Health Organization, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global strategy on people-centered and integrated health services**. Geneva: Service Delivery and Safety, 2015. Disponível em: [https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/who-global-strategy-on-pcihs-main-document\\_final.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/who-global-strategy-on-pcihs-main-document_final.pdf). Acesso em: 19 jan. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety: Making health care safer**. Geneva (Swi): World Health Organization, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance**. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety>.

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**Título do Projeto:** CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE PROFISSIONAIS DE UTI PEDIÁTRICA

**Nº do projeto GPPG ou CAAE:** 58851122.7.0000.5327

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é descrever a cultura de segurança entre profissionais da equipe multidisciplinar, atuantes em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, a partir do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), traduzido e validado para a realidade brasileira. O estudo pretende conhecer a opinião dos profissionais que atuam em UTI pediátrica sobre a cultura de segurança em seu ambiente de trabalho.

Esta pesquisa está sendo realizada na unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), e está vinculada a uma dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa envolverá responder a um questionário com perguntas a respeito de aspectos relacionados à segurança do paciente na unidade em que você atua. Será mantido o sigilo das respostas, não havendo possibilidade de revelação de identidade dos participantes.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa estão relacionados ao questionário, que podem ser devido ao tempo de resposta ou pelo conteúdo das perguntas, que envolvem aspectos de sua prática profissional. O tempo de resposta é de aproximadamente 20 minutos. A participação na pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém, poderá contribuir para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, e poderá beneficiar futuros pacientes e profissionais da saúde.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao seu vínculo com a instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa. Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os

resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o Prof. Dr. Paulo Roberto Antonaccio Carvalho pelo telefone (51) 33597461, com a pesquisadora Christina Fiorini Tosca, pelo telefone (51) 995353493 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) pelo telefone (51) 33596246 ou na Av. Protásio Alves, 211 - Portão 4 - 5º andar do Bloco C - Rio Branco - Porto Alegre/RS, de segunda à sexta, das 8h às 17h e pelo e-mail: cep@hcpa.edu.br

( ) Aceito participar da pesquisa intitulada entendimento de profissionais sobre cultura de segurança do paciente em UTI pediátrica.

Após o aceite, uma cópia deste termo será encaminhada para o seu e-mail.



## APÊNDICE B – PANFLETO PARA CONVITE PRESENCIAL

### CONVITE PARA PARTICIPAR DE PESQUISA

#### CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE PROFISSIONAIS DE UTI PEDIÁTRICA

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é descrever a cultura de segurança entre profissionais da equipe multidisciplinar, atuantes em UTIP, a partir de um questionário online. O estudo pretende conhecer a opinião dos profissionais que atuam em UTIP sobre a cultura de segurança em seu ambiente de trabalho.

Esta pesquisa será realizada na UTIP do HCPA e está vinculada à dissertação de Mestrado do PPG em Saúde da Criança e do Adolescente, da FAMED/UFRGS. A autora da pesquisa é a Enf. Christina Fiorini Tosca, orientada pelo Prof. Dr. Paulo Roberto Carvalho.

Acesse o questionário por meio do link:

<https://forms.gle/Q8AL1MHgAyRtrMHN8>

Ou acesso pelo QR-Code:



**APÊNDICE C – ARTIGO**  
**ANEXO I – QUESTIONÁRIO**

*Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*

Dimensões e itens	Discordo totalmente	Discordo parcial	Neutro	Concordo parcial	Concordo totalmente
<b>1. Trabalho em equipe na unidade/serviço</b>					
Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.					
Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.					
Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.					
Quando alguém nesta unidade está sobrecarregado, recebe ajuda de seus colegas					
<b>2. Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança</b>					
O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.					
O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente.					
Sempre que a demanda aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.					
O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.					
<b>3. Aprendizagem organizacional/melhoria continuada</b>					
Estamos adotando medidas para melhorar a segurança do paciente.					

Quando se identifica um erro na atenção ao paciente, adotamos medidas para preveni-lo.					
Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos sua efetividade.					
<b>4. Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente</b>					
A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.					
As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade.					
A direção do hospital só demonstra interesse na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.					
<b>5. Percepção de segurança</b>					
Aqui não acontecem mais erros graves porque temos sorte.					
A segurança do paciente nunca é comprometida em decorrência de maior quantidade de trabalho.					
Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.					
Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.					
<b>6. Feedback e comunicação sobre erros</b>					
Somos informados sobre mudanças implementadas em decorrência de notificação de eventos.					
Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.					
Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros a fim de evitar que eles se repitam.					
<b>7. Abertura para comunicação</b>					
Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem					

algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente.					
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores.					
Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.					
<b>8. Frequência de eventos notificados</b>					
Notificam-se os erros que foram corrigidos antes de afetar o paciente.					
Os erros que não representam risco de dano ao paciente são notificados com frequência.					
Os erros que poderiam causar dano ao paciente, mas não causaram, são notificados com frequência.					
<b>9. Trabalho em equipe entre unidades</b>					
As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.					
Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.					
Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.					
As unidades do hospital trabalham bem em conjunto, para prestar o melhor cuidado aos pacientes.					
<b>10. Dimensionamento de pessoal</b>					
Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho.					
Às vezes, não se proporciona o melhor cuidado para o paciente porque a carga de trabalho é excessiva.					
A quantidade de profissional temporário/terceirizado é					

excessiva, prejudicando o cuidado do paciente.					
Nós trabalhamos sob pressão tentando fazer muito e rápido.					
<b>11. Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços</b>					
O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido para outros setores do hospital.					
É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.					
Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.					
Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.					
<b>12. Resposta não punitiva aos erros</b>					
Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.					
Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.					
Os profissionais temem que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.					