



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

STEPHANYE VITHÓRIA MARTINS DA SILVA

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO**

Londrina
2025

STEPHANYE VITHÓRIA MARTINS DA SILVA

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dra. Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad.

Londrina
2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Silva, Stephanye Vithória Martins da.

Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário público /
Stephanye Vithória Martins da Silva. - Londrina, 2025.
81 f.

Orientador: Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina,
Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2025.
Inclui bibliografia.

1. Segurança do Paciente - Tese. 2. Cultura Organizacional - Tese. 3. Hospitais
Públicos - Tese. 4. Organização e Administração - Tese. I. Fernandez Lourenço
Haddad, Maria do Carmo. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de
Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

202413000025

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Aos 04 dias do mês de dezembro do ano de 2025, na sala do Centro De Ciências Da Saúde, desta Universidade, às 14:00 horas, reuniu-se a Banca Examinadora homologada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, composta por Dra. Maria Do Carmo Fernandez Lourenço Haddad como presidente da banca e Dra. Mariana Angela Rossaneis Moreira na condição de membro presencial e Dr. Elena Bohomol na condição de membro remoto. A reunião teve por objetivo julgar o trabalho da estudante STEPHANYE VITHÓRIA MARTINS DA SILVA sob o título: "CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO". Os trabalhos foram abertos pela professora Dra. Maria Do Carmo Fernandez Lourenço Haddad. A seguir, foi dada a palavra à estudante para apresentação do trabalho. Cada examinador arguiu a Mestranda, com tempos iguais de arguição e resposta. Terminadas as arguições, procedeu-se ao julgamento do trabalho, sendo que o membro remoto Dr. Elena Bohomol enviou simultaneamente seu formulário de avaliação o qual foi impresso e anexado à presente ata, concluindo a Banca Examinadora por sua Aprovada. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente ata, que vai assinada pelos membros da Banca Examinadora. A estudante deverá reformular seu trabalho no prazo de ____ dias: () SIM (X) Não
Se houver alteração no título do trabalho, informar o novo título abaixo:

Obs.: Este documento não deve conter rasuras ou corretivo e deve ser preenchido de forma legível.

Londrina, 04 de Dezembro de 2025.

PRESIDENTE

Dra. MARIA DO CARMO FERNANDEZ LOURENÇO HADDAD

UEL/SENIO

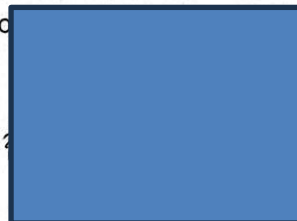
TITULARES

Dr. ELENA BOHOMOL

UNIFESP

Dra. MARIANA ANGELA ROSSANEIS MOREIRA

UEL



STEPHANYE VITHÓRIA MARTINS DA SILVA

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Dra. Maria do Carmo
Fernandez Lourenço Haddad
Universidade Estadual de Londrina-PR (UEL)

Profa. Dra. Mariana Ângela Rossaneis Moreira
Universidade Estadual de Londrina-PR (UEL)

Profa. Dra. Elena Bohomol
Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Enfermagem (EPE-Unifesp)

Londrina, 04 de dezembro de 2025.

À Deus, que me fortalece, guia e ilumina meu caminhar. À minha família, minha mãe Maria Elizabeth Martins, meu pai, Paulo Cleverson Martins, que jamais me desampararam, em especial minha avó Maria Aparecida Martins (em memória), que deixou seu legado como inspiração e força, dedicada ao ensino e pesquisa, assim como a professora Maria do Carmo Haddad, que sempre me apoiou. E a todos que de alguma forma contribuíram para conclusão dessa dissertação.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por permitir o sopro da vida, mesmo prematura, ao divino Espírito Santo, por me guiar e a Jesus por me sustentar, renovando minhas forças em todas as manhãs, não permitindo eu carregar um fardo mais pesado, do que eu aguentaria. Sendo meu refúgio, fortaleza e socorro bem presentes na hora da angústia - Salmo 46:1.

Agradeço a minha família, por não me desamparar, ser minha base, apoio e incentivadores no meu caminhar acadêmico e profissional, em especial minha avó Maria Aparecida Martins (em memória), quem foi o motivo de eu escolher seguir a enfermagem, por propósitos pessoais. Aos meus avôs Silvio José de Oliveira e Antônio Alves da Silva, que me ensinaram sobre proteção, amor, cuidado e motivação a permanecer aprimorando meus estudos e a minha avó Maria Aparecida de Oliveria, que jamais deixou de orar pela minha vida e pelos meus estudos. Assim como, aos meus pais Paulo Cleverson Martins e minha mãe Maria Elizabeth Martins, que acreditaram em mim, desde o dia em que decidi cursar enfermagem e não mediram esforços para eu realizar meu sonho de me formar na Universidade Estadual de Londrina. Esse título, também é de vocês! Vocês que sempre me motivaram a cruzar fronteiras e estados, para apresentar meus trabalhos científicos pelo país, que sempre me buscaram horas da noite na faculdade, devido às atividades acadêmicas. E a minha irmã, Letícia Nayara Martins, que sempre sonhou os meus sonhos, quem me ouvia treinar as apresentações e nunca deixou de acreditar em mim, meu eterno amor, será você irmã.

Em especial, agradeço imensamente à professora Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad, que desde o início da minha graduação me acolheu e ensinou sobre persistência científica, me permitiu participar do Núcleo De Estudo e Pesquisa em Gerenciamento de Serviços de Enfermagem (NEPGESE-UEL) e confiou a mim o cargo de secretária do grupo, anos depois. Assim como, enxergou em mim, ainda graduanda, potencialidade para seguir a carreira academia ao mestrado em enfermagem, quem me lapidou enquanto pesquisadora e sempre apoiou minhas especializações. Querida professora, você é inspiração como pesquisadora, gestora e enfermeira, que honra poder caminhar contigo e ter seu nome grafado como minha orientadora. Quem jamais me desamparou durante o desenvolvimento deste trabalho, quem sempre me apoiou, aconselhou e me acolheu

ainda menina na graduação e agora podemos comemorar juntas, mais uma conquista, o tão sonhado título de Mestre em Enfermagem.

Agradeço também, aos meus colegas que compreenderam meus momentos de ausência, me acolheram nos diversos cafés e jantares mensais, que se inspiraram no meu caminhar, vocês tornaram o processo mais leve.

Agradeço ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, em especial, à professora Flávia Meneguetti, que esteve presente, também no meu caminhar acadêmico, me confiou o cuidado ao site do curso de Pós – Graduação e que acreditou e honrou ao meu trabalho.

Ao Grupo de pesquisa NEPGESE-UEL, que eu tenho a honra de fazer parte há seis anos, grupo de pesquisa que me forjou, desafiou e aprimorou meus conhecimentos técnicos-científicos na pesquisa e na gestão.

Ao órgão de fomento CAPES pelo incentivo e estímulo a pesquisa, que hoje no Brasil, ainda enfrenta desafios, que este estudo, demonstre o valor da pesquisa no Brasil, vindo a contribuir com o despertar do olhar científico àqueles que desejam contribuir com a Segurança do Paciente no país.

A instituição do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU-UEL), que contribuiu com o meu ensino e formação profissional, assim como, às contribuições com esta pesquisa. Agradeço também a Sheila Esteves, que disponibilizou o banco de dados do Escritório de Qualidade (HU-UEL), para a realização desta pesquisa, assim como aos colaboradores da instituição, sendo possível concluir este estudo.

Por fim, encerro meus agradecimentos, com uma passagem que li pela primeira vez, no dia do resultado do processo seletivo do mestrado e sei que foi o Espírito Santo sussurrando ao meu coração:

“Ninguém pode receber coisa alguma, a menos,
que lhe seja concedida do céu.”

João 3:27

SILVA, Stephanye Vithória Martins da. **Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário público**. 2025. 81 p. (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, 2025.

RESUMO

Introdução: A cultura de segurança do paciente consiste em valores, atitudes e comportamentos, que refletem o compromisso institucional com a qualidade da assistência e a prevenção de riscos. Reconhecida como estratégia central nas políticas de saúde, sua compreensão pelos profissionais é essencial para identificar fragilidades e direcionar ações de gestão voltadas ao fortalecimento da segurança e da qualidade do cuidado. **Objetivo:** Avaliar a cultura de segurança do paciente em um hospital universitário público. **Método:** Estudo descritivo, documental, com delineamento de métodos mistos concomitante explanatório, desenvolvido em um hospital universitário público localizado no Norte do Paraná, Brasil. A etapa quantitativa baseou-se na análise de dados secundários do E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar, “Hospital Survey on Patient Safety Culture – 1.0” disponibilizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e aplicado entre setembro e dezembro de 2023, abrangendo 1.247 trabalhadores de saúde de diferentes categorias profissionais. Os dados foram processados automaticamente pelo sistema da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e submetidos à análise estatística descritiva e à análise de Variância e teste de Tukey para comparação entre grupos. Na etapa qualitativa, foram analisados 253 comentários espontâneos registrados na seção aberta do instrumento, mediante análise de conteúdo, permitindo a identificação de categorias emergentes. A integração entre os achados quantitativos e qualitativos foi conduzida pelo *Pillar Integration Process*, possibilitando uma leitura ampliada das potencialidades e fragilidades institucionais no âmbito da cultura de segurança do paciente. **Resultados:** O estudo apresentou uma taxa de resposta de 51%, uma média geral de 56,03% de respostas positivas. As dimensões bem avaliadas foram “Aprendizado Organizacional e Melhoria Contínua” (81,1%), “Expectativas e Ações da Chefia Imediata” (75,4%) e “Trabalho em Equipe na Unidade” (71,3%). Em contrapartida, as dimensões com oportunidades de melhorias foram “Resposta Não Punitiva aos Erros” (24,3%), “Problemas em Mudanças de Turno e Transições” (39,0%) e “Dimensionamento de Pessoal” (46,0%). A análise qualitativa reforçou esses achados. A análise de Variância (ANOVA) seguida do teste de Tukey evidenciou que as categorias profissionais apresentaram percepções similares sobre as dimensões da cultura de segurança, não sendo observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, com exceção da dimensão “dimensionamento de pessoal”. Além disso, o tempo de serviço na instituição influenciou significativamente a percepção de algumas dimensões, especialmente “dimensionamento de pessoal” e “transições entre unidades”. Os percentuais por dimensões demonstraram, duas dimensões com pontos fortes, seis em transição e quatro com oportunidades de melhorias. **Conclusão:** A cultura de segurança do paciente no hospital universitário público estudado mostra-se em processo de transição, com avanços em educação permanente, apoio gerencial e trabalho em equipe, ainda sob a visão dos profissionais, persistem desafios estruturais e culturais, como dimensionamento pessoal, a comunicação intersetorial e às respostas diante de erros e eventos adversos.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Hospitais Públicos; Enfermagem; Gestão em Saúde; Organização e Administração.

SILVA, Stephanye Vithória Martins da. **Patient safety culture in a public theaching hospital**. 2025. 81 f. (Master's in Nursing) – State University of Londrina, Londrina, 2025.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety culture consists of values, attitudes, and behaviors that reflect institutional commitment to quality care and risk prevention. Recognized as a central strategy in health policies, its understanding by professionals is essential to identify weaknesses and direct management actions aimed at strengthening safety and quality of care. **Objective:** To evaluate the patient safety culture in a public teaching hospital. **Method:** A descriptive, documentary study with a mixed-methods explanatory design, conducted in a public teaching hospital located in northern Paraná, Brazil. The quantitative stage was based on the analysis of secondary data from the E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar (Hospital Survey on Patient Safety Culture (1.0) made available by the Brazilian Health Regulatory Agency and applied between September and December 2023, covering 1,247 health workers from different professional categories. The data were automatically processed by the National Health Surveillance Agency system and submitted to descriptive statistical analysis and analysis of variance and Tukey's test for comparison between groups. In the qualitative stage, 253 spontaneous comments recorded in the open section of the instrument were analyzed using content analysis, allowing the identification of emerging categories. The integration between quantitative and qualitative findings was conducted by the Pillar Integration Process, enabling a broader reading of institutional strengths and weaknesses in the context of patient safety culture. **Results:** The study had a response rate of 51%, with an overall average of 56.03% positive responses. The dimensions that received high ratings were "Organizational Learning and Continuous Improvement" (81.1%), "Expectations and Actions of Immediate Supervisors" (75.4%), and "Teamwork at the Unit" (71.3%). In contrast, the dimensions with opportunities for improvement were "Non-Punitive Response to Errors" (24.3%), "Problems in Shift Changes and Transitions" (39.0%), and "Staffing Levels" (46.0%). The qualitative analysis reinforced these findings. Analysis of variance (ANOVA) followed by Tukey's test showed that the professional categories had similar views on the dimensions of safety culture, with no statistically significant differences observed between the groups, except for the dimension "staffing levels." In addition, length of service at the institution significantly influenced the perception of some dimensions, especially "staffing" and "transitions between units." The percentages by dimension showed two dimensions with strengths, six in transition, and four with opportunities for improvement. **Conclusion:** The patient safety culture at the public teaching hospital studied is in a process of transition, with advances in continuing education, managerial support, and teamwork. However, according to the professionals, structural and cultural challenges persist, such as staffing levels, intersectoral communication, and responses to errors and adverse events.

Key-words: Patient Safety; Organizational Culture; Hospitals, Public; Nursing; Health Management; Organization and Administration.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Integração dos Resultados Quantitativos e Qualitativos da Cultura de Segurança do Paciente de um hospital universitário público, integrados no <i>Pillar Integration Process</i> (PIP). Norte do Paraná, Brasil, 2025.....	46
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Categorização dos trabalhadores por áreas de atuação, que responderam o “E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar” em hospital universitário público. Norte do Paraná, Brasil, 2025.....	40
Tabela 2 –	Análise das 12 dimensões do “E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar” em porcentagem de respostas positivas, respondidas por trabalhadores de um hospital universitário público. Norte do Paraná, Brasil, 2025.....	41
Tabela 3 –	Tabela de medidas-resumo nas dimensões 3, 4, 5, 8, 9 e 12 do “E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar”, segmentadas entre as categorias profissionais de um hospital universitário público. Norte do Paraná, Brasil, 2025.....	43
Tabela 4 –	Tabela Medidas-resumo dos subitens por tempo de atuação das questões contidas nas dimensões 3, 4, 5, 8, 9 e 12 do “E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar”, segmentadas entre as faixas de tempo de atuação dos profissionais em hospital universitário público. Norte do Paraná, Brasil, 2025	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
COVID-19	Doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2
CSP	Cultura de Segurança do Paciente
EA	Evento Adverso
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
MEC	Ministério da Educação
NOTIVISA	Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS (WHO)	Organização Mundial da Saúde / <i>World Health Organization</i>
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIP	<i>Pillar Integration Process</i>
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SP	Segurança do Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	16
1	CONTEXTUALIZAÇÃO	19
2	EMBASAMENTO TEÓRICO	22
3	OBJETIVOS	27
	Objetivo geral.....	27
	Objetivos específicos.....	27
4	RESULTADOS.....	27
	Estudo 1 - Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário público.....	28
5	CONCLUSÃO DA DISSERTAÇÃO	62
6	REFERÊNCIAS	63
7	ANEXOS	67
	ANEXO A – Declaração de Instituição e Infraestrutura.....	67
	ANEXO B – Declaração da Aprovação do CEP número 7.208.324	68
	ANEXO C – E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar (HSOPS 1.0).....	75

Apresentação

Trata-se de uma pesquisa de dissertação de mestrado, na área temática “Segurança do Paciente”, que busca avaliar a cultura de segurança do paciente na ótica dos profissionais de um hospital universitário público, identificando oportunidades de melhoria e potencialidades da instituição. Este estudo integra um sub projeto de uma tese de doutorado, intitulada: Reestruturação do Programa de Qualidade e Segurança do Paciente e sua Influência nos Indicadores de um Hospital Universitário Público, também orientado pela professora Dra. Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad.

Meu interesse pela temática da Segurança do Paciente surgiu ainda no início da graduação, quando ingressei na Liga Acadêmica de Segurança da Assistência ao Paciente (LASAP/UEL), participando de forma contínua entre 2019 e 2023. Durante esse período, atuei na gestão da liga por dois anos consecutivos: em 2020 como Diretora Científica e em 2021 como Presidente. Essa experiência foi essencial para ampliar minha rede de contatos, desenvolver competências em liderança e gestão de equipe, bem como organizar eventos científicos de alcance nacional.

Entre as principais iniciativas, destaco a I Jornada Nacional de Segurança do Paciente, realizada de 26 a 28 de outubro de 2020, de forma online devido à pandemia de COVID-19. O evento contou com a participação de diversas instituições da área e de universidades do Norte e Nordeste do Brasil, com o objetivo de expandir a cultura de segurança entre graduandos e profissionais.

Minha dedicação ao tema refletiu-se em diversas oportunidades acadêmicas. Em novembro de 2024, participei do IV Fórum Internacional sobre Segurança do Paciente, realizado na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a convite do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP-Brasil). Sou grata a Deus pela oportunidade, assim como à Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) núcleo Londrina, a qual também faço parte, assim como, ao Núcleo De Estudo e Pesquisa em Gerenciamento de Serviços de Enfermagem (NEPGESE-UEL) e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEL, que possibilitaram que eu os representasse nesse fórum, ao lado de figuras de destaque na área. Também fiquei honrada em apresentar os resultados das minhas pesquisas, assim como as de colegas do Hospital Universitário de Londrina, reforçando meu orgulho de estudar, pesquisar e contribuir para a ciência na área de Segurança do Paciente desde a graduação até o mestrado.

Minha formação acadêmica, neste período da realização desta pesquisa, inclui pós-graduações em Enfermagem em Urgência e Emergência pela Faculdade do Leste Mineiro (FACULESTE), Auditoria em Serviços de Saúde pela DNA Pós-Graduação e Enfermagem em Administração e Gestão Hospitalar pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), fortalecendo minha atuação integrada entre clínica, gestão e pesquisa.

Minha experiência profissional combina atuação assistencial, gerencial e de pesquisa. Durante a graduação, realizei estágio extracurricular na Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem do HU-UEL, acompanhando indicadores assistenciais, participando da gestão de riscos e apoiando estratégias de melhoria contínua voltada a segurança do paciente e qualidade do cuidado. Também atuei como bolsista na Secretaria de Estado da Administração e da Previdência (SEAP), adquirindo experiência em auditoria, planejamento estratégico e gestão de serviços de saúde, por quatro anos consecutivos.

Durante o mestrado, precisei conciliar diferentes responsabilidades. No primeiro ano, optei por plantões noturnos, garantindo o período diurno para assistir aulas e realizar as atividades acadêmicas, culminado na conclusão de todos os créditos com planejamento estratégico. No campo assistencial, atuei em Pronto-Socorro, Pronto-Socorro Obstétrico e Unidades de Internação, experiências que fortaleceram minha capacidade de tomada de decisão, trabalho em equipe e processos de enfermagem. No segundo ano, concentrei-me na análise de dados coletados e na redação da dissertação.

Desde a graduação, participo ativamente de redes e grupo de pesquisa, como o Núcleo De Estudo e Pesquisa em Gerenciamento de Serviços de Enfermagem (NEPGESE-UEL), atuando como integrante desde 2019 e secretária em 2024, desenvolvendo pesquisas sobre gestão de serviços, qualidade do cuidado e segurança do paciente, assim como, a oportunidade de lapidar meus conhecimentos sobre gestão no cargo de secretária. Também sou membro ativo da REBRAENSP e integrante do Capítulo IHI Open School da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Minha produção científica inclui publicações durante o mestrado e a graduação:

Durante o Mestrado (2024):

- NASSER, M. E. L.; SILVA, S. V. M.; MARONEZI, N. G.; et al. *Mix de habilidades*

dos profissionais de enfermagem de um centro de tratamento de queimados. Ciência, Cuidado e Saúde: Contextualizando Saberes. [S.l.]: Editora Científica, 2024. Disponível em:

<https://www.editoracientifica.com.br/books/chapter/240215834>. Acesso em: 7 nov. 2025. DOI: <https://doi.org/10.37885/240215834>.

- SILVA, S. V. M.; HADDAD, M. C. F. L.; DADALT, P. A.; SILVA, L. G. C. *Ensino da segurança do paciente nos cursos de graduação em Enfermagem*. Revista Cogitare de Enfermagem, Curitiba, v. 29, p. 1-10, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/GbV8jdPbhVNtKQWHPnG6Kb/?lang=pt>. Acesso em: 7 nov. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.92592>.

Durante a Graduação (2021):

- LUDWIG, E. F. S. B.; FRACASSO, N. V.; FAGGION, R. P. A.; SILVA, S. V. M.; SILVA, L. G. C.; HADDAD, M. C. F. L. *COVID-19 pandemic: health professionals' perception about the assistance mentioned in television media*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 75, n. 6, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Pf37bCj9tWGk9wTg7gknkrv/?lang=en>. Acesso em: 7 nov. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1258>.
- SILVA, B. D. M.; MORAES, L. L.; SILVA, S. V. M.; MEIER, D. A. P. *O ensino da sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica docente*. Revista de Saúde Pública do Paraná, Londrina, v. 4, n. 3, p. 73-84, 2021. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/562>. Acesso em: 7 nov. 2025. DOI: <https://doi.org/10.32811/25954482-2021v4n3p7>

Além disso, os resultados da dissertação originarão novo artigo, com submissão prevista à revista ainda a definir.

Dessa forma, acredito que minha trajetória acadêmica, profissional e de pesquisa me possibilita contribuir de forma consistente para a compreensão da cultura de segurança do paciente, integrando teoria, prática e extensão, e fortalecendo o ensino e a gestão da segurança na enfermagem.

1. Contextualização

A qualidade nos serviços de saúde representa um requisito essencial na atenção ao paciente, sobretudo diante da complexidade dos processos assistenciais e gerenciais, que envolvem múltiplas interfaces e riscos inerentes à prática clínica. Quando há falhas nesses processos, o potencial para a ocorrência de danos é significativo. Nesse sentido, assegurar a qualidade dos serviços prestados torna-se uma exigência inquestionável, considerando que sua precarização pode resultar diretamente em riscos, eventos adversos, *near miss* e danos aos pacientes (Haas et al., 2023).

Donabedian (1980) definiu qualidade em termos gerais como a capacidade de atingir objetivos desejáveis utilizando meios legítimos. No entanto, esse autor também forneceu uma definição mais específica de qualidade da assistência, afirmando que a assistência que se espera que maximize uma medida abrangente do bem-estar do paciente, após se levar em consideração os custos e benefícios, que acompanham o processo de assistência em todas as suas partes (Donabedian; Wheeler; Wyszewianski, 1982).

Portanto, a definição de qualidade proposta por Donabedian (1980) consolida a articulação entre princípios técnicos, éticos e organizacionais, servindo como base para a avaliação e aprimoramento contínuo dos cuidados em saúde. Assim, a qualidade deve ser entendida como constructo multidimensional, técnico, regulatório e estratégico, diretamente vinculado ao desempenho hospitalar, à eficiência e à sustentabilidade dos serviços (Onder et al., 2022).

As transformações sociais e econômicas, associadas ao avanço científico e tecnológico, impõem aos gestores de saúde o desafio permanente de aprimorar os processos assistenciais, buscando o equilíbrio entre a oferta de benefícios e a minimização dos riscos. Dentro dos múltiplos domínios que compõem a qualidade, destaca-se a segurança do paciente (SP), consolidada atualmente como pilar central da gestão hospitalar contemporânea (IOM, 2001; WHO, 2009; WHO, 2021;).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a SP é definida como a redução a um nível mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado. Entretanto, a realidade dos serviços de saúde trava uma luta constante com os eventos adversos (EA) registrados na assistência prestada. Estima-se que 10% dos pacientes hospitalizados sofram EA, dos quais cerca de 50% seriam evitáveis. Em países

de baixa e média renda, essa proporção pode chegar a 25%, resultando em 134 milhões de EA e aproximadamente 2,6 milhões de mortes evitáveis por ano. Além do dano direto ao paciente, os custos econômicos globais, que poderiam ser evitados, com esses eventos são estimados entre 1 e 2 trilhões de dólares por ano (WHO, 2009; WHO, 2021; WHO, 2023).

Nesse cenário, o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente (CSP) nas organizações de saúde emerge como estratégia fundamental para a qualificação do cuidado e mitigação de riscos. Essa cultura envolve valores, percepções, comportamentos e práticas compartilhadas, individuais e coletivas, que refletem o comprometimento institucional com a segurança. Seus elementos essenciais incluem a comunicação clara, a confiança mútua entre equipes, o apoio da liderança e o aprendizado organizacional contínuo (Reason, 1990; Prates et al., 2021).

Concomitante, a melhoria contínua da qualidade nos cuidados de saúde está diretamente relacionada ao fortalecimento dessa cultura, exigindo esforços permanentes das instituições para aprimorar seus processos e consolidar a qualidade e segurança como um valor organizacional.

Organizações que demonstram uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por ambientes colaborativos, nos quais a comunicação é baseada na confiança, os profissionais sentem-se seguros para relatar falhas, e os processos de melhoria são contínuos. Liderança efetiva, trabalho em equipe, escuta ativa e a ausência de punição são considerados elementos-chave nesse cenário, impactando diretamente na qualidade do cuidado e na SP (Brasil, 2014; Prates et al., 2021; Capucho, 2021; Medeiros et al., 2025).

Considerando o cenário de hospitais universitários, esses desafios são potencializados devido à sua natureza multifuncional, que agrega, além da assistência, o ensino e a pesquisa. A alta rotatividade de estudantes, residentes e profissionais em formação, somada às exigências pedagógicas e científicas, pode fragilizar os processos de cuidado, gerar descontinuidades e dificultar a consolidação de uma cultura de segurança eficaz (Souza et al., 2024; Malkiewicz, 2025).

Nas últimas décadas, a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) passou a ocupar papel central nas políticas e práticas em saúde, sendo reconhecida como estratégia determinante para a mitigação de riscos evitáveis e a qualificação do cuidado. Esse

reconhecimento decorre da compreensão de que ambientes organizacionais que promovem valores compartilhados, comunicação aberta e compromisso institucional favorecem a adoção de práticas seguras, fortalecendo a prevenção de eventos adversos e a melhoria contínua dos processos assistenciais (Brasil, 2013; Silva et al., 2025).

Em consonância com esse entendimento, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído em 2013, definiu como estratégia prioritária a disseminação da cultura de segurança nos serviços de saúde (Brasil, 2014). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por sua vez, regulamentou a atuação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), responsáveis por implementar e monitorar ações voltadas à segurança (Brasil, 2013; Gama et al., 2016).

Para viabilizar essa estratégia, foi desenvolvido o E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar (HSOPSC 1.0), instrumento eletrônico que permite aos hospitais realizar autoavaliações sistemáticas da cultura de segurança, promovendo diagnósticos situacionais, planejamento de intervenções e monitoramento contínuo das ações (ANVISA, 2021).

Nesse sentido, o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente 2021–2025, uma iniciativa da ANVISA, visa integrar ações do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) para promover a qualidade assistencial e a SP. O plano estabelece 12 metas para o SNVS, com foco na gestão de riscos e na melhoria contínua dos serviços de saúde. Este estabelece como meta que ao menos 30% dos hospitais com Unidade de Terapia Intensiva (UTI) realizem a autoavaliação da CSP até 2021, e que esse número chegue a 40% até 2025 (ANVISA, 2021).

Em apoio a essa meta, a ANVISA firmou colaboração com o grupo de pesquisa QualiSaúde (CNPq/UFRN) e com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), ampliando a aplicação da ferramenta no território nacional (ANVISA, 2021).

Diante desse contexto, torna-se imprescindível compreender como os profissionais de saúde percebem a CSP nos hospitais universitários, uma vez que a avaliação dessa percepção permite não apenas identificar fragilidades e potencialidades nos processos institucionais, mas também subsidiar decisões estratégicas de gestão, planejamento e intervenção voltadas à promoção de uma assistência segura, eficiente e centrada no paciente e na formação dos alunos (Camacho Rodriguez et al., 2022).

Embora a literatura nacional apresente diversos estudos sobre CSP em hospitais públicos, o presente estudo avança ao focalizar um hospital universitário de grande porte localizado no Norte do estado do Paraná, que presta atendimento em todas as especialidades médicas, desenvolve o ensino e a pesquisa. Além disso, distingue-se por identificar a percepção sobre a cultura de segurança de diferentes categorias profissionais, permitindo uma análise multiprofissional e abrangente do tema. Outro avanço consiste na oferta de informações gerenciais aplicáveis ao contexto institucional, configurando-se como um mapeamento situacional sobre as fragilidades e potencialidades, oportunizando intervenções estratégicas e qualificação de processos (Sátiro et al., 2024; Silva et al., 2025; Medeiros et al., 2025).

A realização deste estudo também se justifica, sobretudo, pela Portaria nº 529/2013, que institui o PNSP e estabelece a necessidade de avaliação periódica da CSP em suas múltiplas dimensões. Essa avaliação permite verificar a efetividade da atuação profissional frente à prevenção de riscos, à notificação de EA e à promoção de uma assistência segura (Brasil, 2013; Brasil, 2014). O estudo também está alinhado ao Plano Integrado 2021-2025 da ANVISA, que reforça a importância de realizar diagnósticos situacionais que subsidiem a gestão da segurança do paciente (ANVISA, 2021), assim como, ao Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021–2030 da OMS (WHO, 2021).

Assim, o presente estudo tem como pergunta de pesquisa: *Como os profissionais de saúde percebem a cultura de segurança do paciente em um hospital universitário público e quais fragilidades e potencialidades institucionais podem serem identificadas a partir dessa avaliação?*

2. Embasamento Teórico

O conceito de “cultura de segurança” ganhou destaque após o desastre de Chernobyl, que evidenciou falhas organizacionais e de segurança, levando a International Atomic Energy Agency (IAEA) a adotar formalmente o termo no relatório Safety Culture: a Report by the International Nuclear Safety Advisory Group (INSAG-4) (INSAG, 1991).

A cultura de segurança, pode ser definida como o conjunto de valores, atitudes, percepções e competências que orientam o comportamento e o compromisso

institucional com práticas seguras, permeando a promoção da liderança, gestão, trabalho em equipe e comunicação (AHRQ, 2004; Brasil, 2014; Sousa et al., 2019).

A avaliação da cultura de segurança, tornou-se prática reconhecida internacionalmente por órgãos de acreditação, a fim de identificar e gerir prospectivamente as questões relevantes de segurança nas rotinas e condições de trabalho. Além disso, possibilita monitorar a evolução das práticas de segurança e orientar intervenções relacionados à qualidade e segurança na assistência prestada (Reis, 2019).

Uma das estratégias utilizadas para o controle da qualidade e segurança é a avaliação enquanto monitoramento contínuo dos serviços de saúde oferecidos, permitindo aperfeiçoamento e desenvolvimento, a fim de detectar e corrigir de forma precoce os desvios dos padrões estabelecidos. Donabedian (1966) propôs um modelo de avaliação de qualidade baseado em três domínios: estrutura, processo e resultado. A dimensão estrutural, diz respeito às condições do ambiente e à qualificação dos profissionais, incluindo infraestrutura, instalações e equipamentos. O processo, por sua vez, compreende as práticas assistenciais, incluindo aspectos técnicos, éticos e interpessoais. A dimensão de resultado reflete as mudanças no estado de saúde e satisfação dos usuários, avaliadas por indicadores clínicos, fisiológicos, sociais e psicológicos, representando o efeito entre a estrutura e o processo (Donabedian, 1988).

Nesse sentido, para Donabedian (1980) a qualidade do cuidado relaciona-se como a capacidade de atingir objetivos desejáveis, do qual se espera otimizar o bem-estar do paciente, após considerar o balanço entre os ganhos e perdas esperados em todas as etapas do processo de cuidado.

Concomitante as iniciativas de avaliar a qualidade dos serviços de saúde, a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ – EUA), criada em 2000, desenvolveu o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), publicado em 2004 (AHRQ, 2004). O instrumento HSOPSC, foi elaborado por Sorra e Nieva (2004) com o objetivo de avaliar a CSP em hospitais, fornecendo às instituições uma ferramenta padronizada para medir atitudes, percepções e práticas relacionadas à segurança em diferentes níveis organizacionais (AHRQ, 2004). A principal recomendação dos autores era de que o questionário fosse aplicado periodicamente, a cada 12 a 24 meses, a todos os profissionais da instituição, incluindo equipe assistencial, administrativa e de apoio

para monitorar a evolução da cultura de segurança e identificar áreas de risco organizacional (AHRQ, 2004).

A partir de 2004, o Brasil passou a consolidar políticas públicas voltadas à segurança do cuidado, com destaque para a validação do HSOPSC no país, conduzida por Reis, (2012), seguindo recomendações metodológicas da AHRQ e princípios de equivalência semântica, conceitual e cultural. O E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar (HSOPSC 1.0) é a versão brasileira eletrônica do instrumento HSOPSC original da AHRQ, adaptado para o Brasil pelo grupo QualiSaúde/UFRN, em parceria com ANVISA, amplamente utilizado em hospitais públicos e privados, voltadas à melhoria da segurança do paciente e à gestão da qualidade hospitalar (Reis, 2013; ANVISA, 2024).

O E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar (HSOPSC 1.0) utilizado nesse estudo, contém adicionalmente, uma sessão a mais com perguntas-indicadores sobre boas práticas de segurança do paciente validadas no projeto “Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente - ISEP-Brasil” (Gama et al., 2016). Conforme, proposto pela ANVISA (2021), trata-se de um questionário de autopreenchimento que é composto por 62 itens contemplando as 12 dimensões da CSP, divididas em oito seções principais referentes a: A) - Área/unidade de trabalho; B) - Supervisor/chefe; C) – Comunicação; D) - Frequência de eventos notificados; E) – Hospital; F) - Serviço/unidade; G) - Informações gerais) e uma seção aberta, H) – Comentários abertos.

Assim, o E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar se constituiu em uma ferramenta abrangente, válida e de fácil aplicação, que permite a análise sistemática contemplando as 12 dimensões da CSP nos hospitais brasileiros, subsidiando o diagnóstico situacional, o planejamento de intervenções e o monitoramento contínuo de melhorias (ANVISA, 2021; Gama et al., 2016).

Destaca-se que entre 2011 e 2013, o Brasil consolidou seu marco regulatório com a promulgação de duas normas fundamentais: a Portaria nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (Brasil, 2013; Brasil, 2014), e a RDC nº 36/2013 da ANVISA, que tornou obrigatória a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) (Brasil, 2013). Essas normas instituem ações sistemáticas para prevenção de danos, promoção da cultura de segurança e estímulo ao reporte de eventos adversos.

E para avançar nas estratégias de aprimorar e fixar os princípios de segurança nos serviços de saúde, a AHRQ publicou em 2019 a versão HSOPSC 2.0, com aprimoramentos metodológicos baseados em evidências acumuladas ao longo de mais de uma década de uso global do instrumento. As principais mudanças incluíram: redução de 12 para 10 dimensões, redução: de 51 para 40 itens, tornando o instrumento mais conciso e reduzindo a fadiga do respondente e ajustes psicométricos para melhorar a confiabilidade interna e validade de construto. A versão HSOPSC 2.0 possui tradução para o português (Reis et al., 2022), apresentada publicamente no II Congresso Internacional da Sociedade Brasileira para a Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente (SOBRASP) em 2022. Entretanto nesse estudo foi utilizado a versão E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar 1.0, pois é o instrumento que a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná adotou desde 2021, para ser utilizado nos hospitais que mantêm contratualização na prestação de serviços.

Destaca-se que o uso do E-Questionário como ferramenta para avaliação da CSP é recomendado pela ANVISA para a avaliação, fortalecimento e gestão da segurança nos serviços de saúde e incentivado pelo Plano Integrado para Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025 (ANVISA, 2021), estando em consonância com as políticas nacionais de segurança do paciente, em especial com o PNSP e com a atuação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), que visam fortalecer práticas seguras e promover a qualidade nos serviços de saúde (Brasil, 2013; Brasil, 2014; Rodrigues, 2025).

Nesse sentido, a CSP funciona como preditora da qualidade e da resolutividade dos serviços, avaliação contínua dessa cultura é essencial para subsidiar estratégias de gestão de risco, melhorar o desempenho organizacional e promover um cuidado ético, humanizado e seguro (Brasil, 2023; Prates; Caregnato et al., 2021).

Sendo assim, a CSP, como desdobramento da cultura organizacional, envolve dimensões como liderança, trabalho em equipe, comunicação aberta, aprendizado organizacional e cultura de justiça. Sua promoção exige comprometimento institucional, favorece a implantação de práticas seguras, diminuição da ocorrência de EA, apoio da alta gestão, investimentos em educação permanente e criação de um ambiente onde os profissionais se sintam seguros para reportar erros sem medo de punições (Sousa et al., 2019; Prates; Caregnato et al., 2021).

Nesse contexto, a utilização de métodos mistos representa uma estratégia metodológica cada vez mais valorizada nas ciências da saúde, especialmente quando se busca compreender fenômenos complexos, como a CSP, sob diferentes perspectivas (Creswell, 2009; Creswell; Plano Clark, 2011; Prates; Caregnato et al., 2021).

De acordo com Creswell; Plano Clark (2011), essa abordagem combina a objetividade dos métodos quantitativos, que fornecem mensuração e generalização, com a profundidade dos métodos qualitativos, que permitem explorar significados, percepções e experiências dos participantes.

Os autores descrevem distintos desenhos possíveis para estudos de métodos mistos, destacando os sequenciais e os concomitantes. Nos delineamentos sequenciais, os dados de uma abordagem são coletados e analisados antes da outra, permitindo que os resultados iniciais orientem a fase subsequente. Já no delineamento concomitante, adotado neste estudo, a coleta de dados quantitativos e qualitativos ocorre em paralelo, de forma independente, sendo os resultados posteriormente integrados e interpretados em conjunto (Creswell; Plano Clark, 2011; Johnson; Grove; Clarke, 2019).

No presente estudo, optou-se pelo delineamento concomitante explanatório, conforme proposto por Creswell; Plano Clark (2011). Esse modelo mostrou-se adequado ao objetivo da pesquisa, pois possibilitou captar, simultaneamente, tanto os padrões gerais de percepção da cultura de segurança, por meio da análise estatística do questionário padronizado, quanto as vivências e interpretações subjetivas dos profissionais, por meio da análise de conteúdo das respostas abertas (Bardin, 2016; Prates; Caregnato et al., 2021).

A integração entre essas duas abordagens foi realizada por meio do Pillar Integration Process (PIP), que organiza resultados quantitativos e qualitativos em exibições conjuntas (joint displays), evidenciando convergências, divergências e complementaridades entre os achados (Johnson; Grove; Clarke, 2019).

Além disso, a coleta concomitante favoreceu uma compreensão mais imediata e integrada dos dados, permitindo identificar rapidamente áreas críticas e pontos fortes da instituição, bem como propor estratégias de melhoria alinhadas à realidade do serviço. Essa abordagem reforça a relevância de métodos mistos para estudos de SP, ao fornecer uma visão abrangente e contextualizada que ultrapassa a limitação de análises isoladas (Creswell; Plano Clark, 2011).

A adoção desse referencial metodológico ampliou a robustez da pesquisa, conferindo maior validade e fidedignidade aos resultados. Além disso, permitiu aprofundar a compreensão sobre as fragilidades e potencialidades da instituição estudada, fornecendo subsídios concretos para o planejamento estratégico, a tomada de decisão gerencial e o fortalecimento da CSP no âmbito hospitalar.

3. Objetivos

Objetivo Geral

Avaliar a cultura de segurança do paciente em um hospital universitário público.

Objetivos Específicos

- Identificar a cultura de segurança por categoria profissional, área/unidade de atuação e tempo de serviço na instituição.
- Identificar as fragilidades e potencialidades da cultura de segurança do paciente na instituição em estudo.

4. Resultados

Os resultados desse estudo estão apresentados no formato de artigo científico, conforme normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina-PR (<https://pos.uel.br/ppenf/modelos-de-dissertacao/>).

Estudo 1 - Cultura de Segurança do Paciente em um Hospital Universitário Público

RESUMO

Introdução: A cultura de segurança do paciente é essencial para prevenir falhas e qualificar a assistência em saúde. Em hospitais universitários de alta complexidade, compreender essa cultura é fundamental para identificar oportunidades de melhorias e potencialidades institucionais que influenciam a qualidade e segurança do cuidado.

Objetivo: Avaliar a cultura de segurança do paciente em um hospital universitário público.

Método: Estudo descritivo, documental, com delineamento de métodos mistos concomitante explanatório, desenvolvido em um hospital universitário público. A etapa quantitativa utilizou dados secundários do E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar 1.0, disponibilizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e aplicado entre setembro e dezembro de 2023, aos profissionais do complexo hospitalar. Os resultados da análise automática do sistema, foram submetidos à Análise de Variância e teste de Tukey para comparação entre grupos. Na etapa qualitativa, foram analisados comentários espontâneos registrados na seção aberta do instrumento, mediante análise de conteúdo. A integração entre os achados quantitativos e qualitativos foi conduzida pelo *Pillar Integration Process*, articulando os resultados da análise estatística com as categorias emergentes da análise de conteúdo temática de Bardin, ampliando a compreensão dos resultados. **Resultados:** As principais dimensões com potencialidades, foram: “Aprendizado Organizacional e Melhoria Contínua” (81,1%), “Expectativas e Ações da Chefia Imediata” (75,4%) e “Trabalho em Equipe na Unidade” (71,3%). E oportunidades de melhorias: “Resposta Não Punitiva aos Erros” (24,3%), “Transições de Cuidado” (39,0%) e “Dimensionamento de Pessoal” (46,0%). A análise de Variância (ANOVA) seguida do teste de Tukey evidenciou que as categorias profissionais apresentaram percepções similares sobre as dimensões da cultura de segurança, com exceção da dimensão “dimensionamento pessoal”. Além disso, o tempo de serviço na instituição influenciou a percepção dos profissionais sobre as dimensões “Dimensionamento de Pessoal” e “Transições entre unidades”. **Conclusão:** A cultura de segurança do paciente no hospital estudado, apresenta-se em transição, com potencialidades nas dimensões de aprendizagem, liderança e trabalho em equipe e apresenta oportunidades de melhorias quanto à resposta não punitiva aos erros, à comunicação entre setores e ao dimensionamento de pessoal.

Descritores: Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Hospital Público; Enfermagem; Gestão em Saúde; Organização e Administração.

Patient Safety Culture in a Public Teaching Hospital

Abstract

Introduction: Patient safety culture is essential for preventing errors and improving healthcare quality. In highly complex public teaching hospital, understanding this culture is fundamental to identifying opportunities for improvement and institutional potential that influence the quality and safety of care. **Objective:** To evaluate the patient safety culture in a public teaching hospital. **Method:** This was a descriptive, documentary study with a mixed-methods design, developed at a public university hospital. The quantitative stage used secondary data from the Hospital Safety Culture E-Questionnaire 1.0, made available by the Brazilian Health Regulatory Agency and administered between September and December 2023 to professionals working at the hospital complex. The results of the automatic analysis of the system were submitted to Analysis of Variance and Tukey's test for comparison between groups. In the qualitative stage, spontaneous comments recorded in the open section of the instrument were analyzed using content analysis. The integration between quantitative and qualitative findings was conducted by the Pillar Integration Process, articulating the results of the statistical analysis with the categories emerging from Bardin's thematic content analysis, broadening the understanding of the results. **Results:** The main areas with potential were: "Organizational Learning and Continuous Improvement" (81.1%), "Expectations and Actions of Immediate Supervisors" (75.4%), and "Teamwork in the Unit" (71.3%). Opportunities for improvement were: "Non-Punitive Response to Errors" (24.3%), "Care Transitions" (39.0%), and "Staffing Levels" (46.0%). Analysis of variance (ANOVA) followed by Tukey's test showed that the professional categories had similar perceptions of the dimensions of safety culture, with the exception of the "staffing levels" dimension. In addition, length of service at the institution influenced professionals' perceptions of the "Staffing Levels" and "Transitions between Units" dimensions. **Conclusion:** It is concluded that the patient safety culture of the hospital studied is in transition, with potential in the dimensions of learning, leadership, and teamwork, and presents opportunities for improvement in non-punitive response to errors, communication between sectors, and staffing levels.

Keywords: Patient Safety; Organizational Culture; Public Hospital; Nursing; Health Management; Organization and Administration.

Introdução

Desde a antiguidade, os cuidados aos enfermos envolveram riscos e falhas assistenciais, ao longo da história, estratégias para aprimorar o cuidado foram sendo implementadas. Hipócrates (460–370 a.C.), introduziu o princípio ético “*Primum non nocere*”, primeiramente, não causar dano (Brasil, 2014) e Florence Nightingale, contribuiu para a organização e qualidade da assistência (Figueiredo, 2021).

No século XX, a publicação do relatório *To Err is Human* (Kohn et al. 1999) revelou cerca de 98 mil mortes anuais por erros evitáveis nos Estados Unidos, alertando o mundo para a necessidade de reformulação dos sistemas de saúde com foco na prevenção de eventos adversos (EA) e colocou a segurança como o primeiro passo para desenvolver a qualidade assistencial na área de saúde (Kohn, et al., 1999; Figueiredo, 2021).

Em resposta, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, em 2004, o programa *World Alliance for Patient Safety*, com o objetivo de estabelecer diretrizes internacionais voltadas à segurança do paciente (SP). Posteriormente, em 2009, formalizou a definição de SP como um conjunto de ações organizadas destinadas a minimizar riscos associados ao cuidado a níveis aceitáveis (WHO, 2009; Brasil 2013).

Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que prioriza os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nas instituições de saúde, conforme regulamentado pela Resolução RDC nº 36/2013, para educação, notificação de incidentes, protocolos e monitoramento de indicadores (Brasil, 2013).

Essa construção deve emergir da cultura organizacional, pois os valores, crenças e comportamentos compartilhados norteiam a gestão da qualidade e o sucesso das estratégias de segurança (Fleury; Fischer, 2013).

Nesse contexto, a cultura de segurança do paciente (CSP) se consolida como um indicador relevante, refletindo valores, crenças e práticas voltadas à prevenção de falhas, à melhoria contínua e à qualidade da assistência, influenciando a efetividade do cuidado, o engajamento das equipes e o cumprimento de metas regulatórias (ANVISA, 2023).

Sendo assim, a avaliação da qualidade tornou-se fundamental para orientar intervenções efetivas, analisando a infraestrutura, as práticas e os indicadores, alinhando-se à abordagem de Avedis Donabedian, que propôs que a avaliação ocorresse em três dimensões interdependentes: estrutura, processo e resultado

(Donabedian, 1966). A dimensão estrutural referia-se às condições da infraestrutura, às instalações e aos equipamentos que influenciavam o comportamento dos atores e a qualidade do atendimento. O processo compreendia as práticas assistenciais, contemplando aspectos técnicos, éticos e interpessoais. A dimensão de resultado refletia as mudanças no estado de saúde e na satisfação dos usuários, avaliadas por meio de indicadores clínicos, fisiológicos, sociais e psicológicos, representando o efeito entre a estrutura e o processo.

Estima-se que cerca de 10% das admissões hospitalares resultem em eventos adversos (EA) evitáveis, associados à sobrecarga de trabalho, falhas de comunicação e déficits de recursos humanos (Assis et al., 2022). No Brasil, dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) demonstraram que o Paraná registrou, entre agosto de 2023 e julho de 2024, 217 EA com desfecho em óbito, sendo mais prevalentes as falhas durante a assistência à saúde (n=131) e a broncoaspiração (n=20) (Brasil, 2024). Contudo, esses números tendem a ser subestimados, uma vez que a subnotificação de EA ainda é presente nos serviços de saúde, configurando uma fragilidade da cultura de segurança e refletindo limitações nos sistemas de notificação (Capucho, 2021).

Diante desse cenário, cresceu o interesse em compreender a percepção dos profissionais de saúde, especialmente aqueles que atuam diretamente na assistência, sobre SP, estratégias institucionais de prevenção de erros e efetividade das ações voltadas à cultura de segurança (CS) (Amarijo et al., 2022).

Nesse contexto, a necessidade de instrumentos válidos e confiáveis que permitam mensurar essa percepção tornou-se evidente, favorecendo diagnósticos organizacionais e subsidiando intervenções direcionadas à melhoria da segurança nos serviços de saúde. O instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), foi desenvolvido pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), dos Estados Unidos, em 2004, por Sorra e Nieva (2004) com o objetivo de avaliar a CSP em hospitais, fornecendo às instituições uma ferramenta padronizada para medir atitudes, percepções e práticas relacionadas à segurança em diferentes níveis organizacionais (AHRQ, 2004).

Seguindo as recomendações metodológicas da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) e os princípios de equivalência semântica, conceitual e cultural, Cláudia Tartaglia Reis, Josué Laguardia e Mônica Martins, realizaram a adaptação transcultural para o português do Brasil do instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC – versão 1.0), (Reis et al., 2012). No país, o instrumento passou a ser

denominado E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar (HSOPSC 1.0) (Brasil, 2025).

Essa adaptação foi conduzida pelo grupo QualiSaúde/UFRN, em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e avalia 12 dimensões da cultura de segurança, fornecendo subsídios para a elaboração de intervenções estratégicas baseadas em evidências e o monitoramento contínuo de melhorias (AHRQ, 2004; ANVISA, 2021).

Concomitante, ao Plano Integrado 2021–2025, a ANVISA tornou seu uso obrigatório em hospitais brasileiros, consolidando sua importância na promoção de práticas seguras e na melhoria contínua da assistência (AHRQ, 2004; ANVISA, 2021).

Ademais, o instrumento atende aos critérios propostos pela Vigilância Sanitária ao possibilitar o mapeamento do contexto organizacional, incluindo oportunidades de melhoria e potencialidades institucionais, conforme estabelecido no Referencial Teórico de Gestão da Qualidade para as Ações de VISA (ANVISA, 2020), que orienta a análise situacional, a gestão do risco sanitário e o planejamento integrado das ações regulatórias. No Estado do Paraná, tais diretrizes dialogam diretamente com as práticas desenvolvidas pelo Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, que também adota a abordagem de gestão da qualidade como eixo estruturante para o aprimoramento das ações regulatórias.

Em hospitais universitários, onde atuam equipes multidisciplinares em formação contínua, a CSP consolidada é essencial para garantir planos de cuidado seguros, auditorias efetivas e indicadores assistenciais favoráveis (Silva et al., 2025; Medeiros et al., 2025).

Dessa forma, o presente estudo tem como pergunta de pesquisa: Como os profissionais de saúde percebem a cultura de segurança do paciente em um hospital universitário público, e quais fragilidades e potencialidades institucionais podem ser identificadas a partir dessa avaliação? Essa questão está alinhada ao objetivo de avaliar a cultura de segurança do paciente em um hospital universitário público.

Método

Estudo documental, descritivo e transversal, com abordagem quanti-qualitativa, fundamentada no delineamento do tipo concomitante explanatório. Os dados foram coletados simultaneamente, permitindo a integração para análise e interpretação conjunta, para aprofundar e contextualizar os resultados, explorando percepções, experiências e interpretações dos participantes (Johnson; Grove; Clarke, 2019; Creswell; Plano Clark, 2011).

O delineamento concomitante explanatório de métodos mistos, permite integrar os dados quantitativos e qualitativos. Essa abordagem integra a objetividade e mensuração dos dados percentuais às percepções dos profissionais resultando em uma análise mais ampla e contextualizada da realidade institucional (Creswell; Plano Clark, 2011).

O estudo foi realizado em 2023 em um Hospital Universitário Público, terciário, localizado no interior do Paraná, na região Sul do país, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e referência estadual em serviços de alta complexidade, com 419 leitos, sendo 84 de UTI, 14 salas no centro cirúrgico e 335 leitos de enfermaria, com abrangência em mais de dez regionais de saúde e atendimento a aproximadamente 3.000.000 de pessoas.

O hospital universitário estudado possui um Núcleo de Segurança do Paciente e um Plano de Segurança implantados desde 2014, com atuação voltada à gestão de riscos, elaboração de protocolos clínicos, assessorias e educação permanente. Constitui-se em um Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, possui Núcleo de Segurança do Paciente, prêmio nacional “Qualidade Hospitalar 2000” e participa da Rede de Hospital Sentinela/ANVISA desde 2002.

A todos os NSP dos serviços de saúde e da vigilância sanitária, ressalta-se a importância de aderir à meta do Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente 2021–2025 (ANVISA, 2021), implementando ciclos anuais de autoavaliação e melhoria da CSP. No caso do Hospital Universitário (HU), a aplicação do instrumento de avaliação da cultura de segurança também atendeu a um critério estabelecido no processo de contratualização com a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, que previa o monitoramento sistemático de indicadores de qualidade e segurança assistencial. Para esse fim, foi utilizado o E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar na versão HSOPSC 1.0 + Perguntas ISEP-Brasil, instrumento oficial adotado pela ANVISA e recomendado nacionalmente para autoavaliações institucionais, o que

permitiu a identificação de fragilidades e potencialidades e o alinhamento às diretrizes regulatórias de segurança do paciente.

O E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar HSOPSC 1.0, foi aplicado eletronicamente, é um instrumento digital de autopreenchimento (ANVISA, 2021), adicionalmente, o questionário incluía perguntas referentes aos dados de caracterização ocupacional dos participantes e, diferentemente do instrumento original da AHRQ, incorporou uma seção extra composta por perguntas-indicadores sobre boas práticas de segurança do paciente, validadas no projeto “Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente – ISEP-Brasil” (GAMA et al., 2016).

A etapa quantitativa do estudo consistiu na análise de dados secundários obtidos por meio da aplicação do “E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar” (ANVISA, 2021). Este questionário corresponde à versão traduzida, adaptada e validada no Brasil do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) versão 1.0, originalmente desenvolvido pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (AHRQ, 2004), traduzido ao português do Brasil por Reis et al. (2012).

O HSOPSC 1.0, constitui-se em um instrumento distribuídos em oito seções temáticas (De A a H). Cada seção reúne perguntas relacionadas a determinadas dimensões da Cultura de Segurança do Paciente (CSP), totalizando 12 dimensões avaliativas (ANVISA, 2021).

As seções estão organizadas da seguinte forma: A – Área/unidade de trabalho; B – Supervisor/chefe; C – Comunicação; D – Frequência de eventos notificados; E – Hospital; F – Serviço/unidade; G – Informações gerais; e H – Comentários abertos. Do total de itens, 42 são originários do HSOPSC 1.0 (Reis et al., 2012).

As seções utilizam escala Likert para mensurar o grau de concordância, frequência ou percepção dos respondentes. O instrumento adota duas variações da Escala Likert de cinco pontos, aplicadas conforme o tipo de questão. A primeira mensura o nível de concordância dos participantes em relação a afirmações sobre o ambiente de trabalho, liderança e políticas institucionais, utilizada nas seções A, B e E. A segunda avalia a frequência de comportamentos e percepções relacionadas à cultura de segurança do paciente, presente nas seções C, D e F, permitindo identificar níveis de percepção positiva, neutra ou negativa sobre o tema.

Os itens são estruturados em uma escala de 1 a 5, variando de "discordo totalmente", "discordo", "nem concordo, nem discordo" a "concordo" "concordo totalmente", nas questões de concordância, e de "nunca", "quase nunca", "às vezes", "quase sempre" e "sempre", nas questões de frequência. As respostas foram codificadas numericamente (1-5) e analisadas estatisticamente, sendo interpretadas a partir do percentual de respostas positivas, definido pela soma das opções "*Concordo/Concordo totalmente*" ou "*Quase sempre/Sempre*". De acordo com os critérios propostos pela AHRQ (2022), resultados $\geq 75\%$ indicam cultura forte, entre 50% e 74% caracterizam cultura em transição, e $< 50\%$ refletem cultura frágil.

Para realizar uma análise detalhada das respostas na escala Likert de 1 a 5, considerando as variáveis categoria profissional e tempo de atuação, foi utilizado a ferramenta R (R Core Team, 2023) para calcular as estatísticas descritivas, como média, desvio-padrão, mediana, valores mínimo e máximo, possibilitando a categorização e interpretação dos resultados.

As seções de A a G do instrumento apresentam itens fechados em escala Likert, enquanto a Seção H corresponde a um campo aberto de comentários, não vinculado a nenhuma dimensão específica, destinado a captar percepções qualitativas dos profissionais. Essa seção constituiu a base da segunda etapa do estudo, de abordagem qualitativa, fundamentada na análise de conteúdo temática de Bardin (2016), aplicada aos 253 relatos espontâneos fornecidos de forma opcional, conforme os princípios metodológicos de Creswell e Plano Clark (2011).

De caráter autoaplicável, "E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar", dispensa a necessidade de entrevistador, sendo preenchido diretamente pelo participante em formato virtual. O instrumento avaliou 12 dimensões da cultura organizacional, incluindo valores, crenças e normas institucionais, além de aspectos como comunicação, liderança e gestão institucional. Isso possibilitou uma compreensão ampla do ambiente organizacional em que os cuidados em saúde são prestados. O questionário permite identificar áreas com necessidade de melhoria, avaliar ações de segurança de forma transversal, realizar *benchmarking* interno e externo, e auxiliar na priorização de esforços organizacionais ao identificar fragilidades na CSP (Brasil, 2023).

Os critérios de inclusão dos participantes no estudo foram: tempo mínimo de atuação de seis meses no hospital e carga horária mínima de 20 horas semanais. Foram

excluídos os profissionais afastados por férias/licença e os questionários com menos de 70% de preenchimento, conforme critério dos desenvolvedores do instrumento.

A aplicação do instrumento E-Questionário, foi iniciada em setembro e finalizada em dezembro de 2023, sendo disponibilizado a todos os trabalhadores, via e-mail institucional e também presencialmente, com o uso de dispositivos eletrônicos do tipo smartphones e tablets com Android 4.0 ou superior. As respostas foram registradas diretamente na plataforma eletrônica do sistema, garantindo armazenamento automático e padronizado das informações.

Além das dimensões de segurança, foram coletadas informações sobre a categoria profissional, tempo na instituição, tempo na função atual e incluiu uma questão aberta para comentários espontâneos de acordo com a seguinte pergunta: *“Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erro ou notificação de eventos no seu hospital.”*

Os dados do E-Questionário (ANVISA, 2021) respondidos, foram processados automaticamente pelo sistema da ANVISA, e os resultados foram apresentados em escalas do tipo Likert (1 a 5), de "discordo totalmente" a "concordo totalmente" ou de "nunca" a "sempre", conforme o tipo de pergunta. Algumas questões utilizaram escalas qualitativas Péssimo”, “Ruim”, “Regular”, “Bom” e “Excelente”, sendo que em perguntas reversas, os valores foram invertidos para manter a coerência dos resultados. Para ambas as formulações, as respostas “nem discordo nem concordo” ou “às vezes” foram consideradas neutras.

Embora o E-Questionário não descreva formalmente a categoria “Outros”, nesta pesquisa essa categoria foi considerada a equipe de apoio técnico do hospital que não se enquadra nas categorias clínicas ou administrativas predefinidas pelo instrumento.

Após o encerramento do período de coleta, os dados foram extraídos do relatório de avaliação gerado automaticamente pelo sistema da ANVISA. Para organização, tabulação e criação de planilhas, foi utilizado o software Microsoft Excel®. O banco de dados do E-Questionário, armazena os resultados de forma estruturada, permitindo análise e interpretação da cultura de segurança hospitalar.

A análise estatística dos dados foi complementada com testes de comparação, especialmente a Análise de Variância (ANOVA) (Darski et al., 2020), adequada para identificar diferenças estatísticas entre três ou mais grupos independentes. Quando

necessário, foi aplicado o teste post hoc de Tukey (Darski et al., 2020), que permite comparar pares de grupos, identificando quais se diferenciam entre si, com controle de erro tipo I.

Os métodos mistos permitem capturar simultaneamente tanto os padrões gerais de percepção, mensuráveis por instrumentos quantitativos padronizados, quanto as experiências e interpretações subjetivas dos profissionais, exploradas por meio de técnicas qualitativas (Creswell; Plano Clark, 2011).

Segundo Creswell e Plano Clark (2011) existem distintos desenhos de estudos de métodos mistos, incluindo os sequenciais e os concomitantes. No delineamento sequencial, os dados de uma abordagem são coletados e analisados antes da outra, possibilitando que os achados iniciais orientem a fase seguinte. Por outro lado, no delineamento concomitante, adotado neste estudo, os dados quantitativos e qualitativos são coletados em paralelo, permitindo integração posterior e interpretação conjunta. Essa estratégia favorece uma compreensão mais imediata e contextualizada, evidenciando relações entre os achados num mesmo período temporal e possibilitando análises mais robustas sobre fatores que potencializam tanto a segurança quanto as oportunidades de melhoria na assistência.

As respostas à questão aberta foram analisadas por meio da análise de conteúdo temática de Bardin (2016), inicialmente, na fase de pré-análise, os relatos foram organizados e submetidos à leitura flutuante, com o objetivo de obter uma visão global do material e identificar ideias centrais relacionadas à cultura de segurança do paciente.

Posteriormente foram codificadas e categorizadas de forma que se relacionava com às dimensões analisadas no instrumento utilizado. Por fim, na fase de tratamento dos resultados, os dados categorizados foram triangulados com os dados quantitativos, conforme os princípios da abordagem sequencial explanatória, promovendo uma compreensão crítica e aprofundada das potencialidades e fragilidades institucionais (Creswell; Plano Clark, 2011).

A integração entre os dados quantitativos e qualitativos foi realizada utilizando o *Pillar Integration Process* (PIP) (Johnson; Grove; Clarke, 2019), que organiza os resultados em *joint displays*, permitindo visualizar convergências, divergências e complementaridades entre os achados.

Essa abordagem possibilita triangulação eficiente, fortalecendo a validade dos resultados e contribuindo para a construção de intervenções estratégicas baseadas em evidências.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), obtendo aprovação sob o parecer nº 7.208.324, e seguiu todos os princípios éticos e legais que regem a pesquisa científica envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Foram enviados 2.439 questionários aos colaboradores, dos quais 1.247 foram efetivamente respondidos, resultando em um percentual de resposta de 51%, considerado expressivo para estudos institucionais desse tipo (AHRQ, 2022). O número de respondentes por pergunta apresentou variações, uma vez que o próprio instrumento de coleta orientava: *“Se não quiser responder alguma questão, ou se alguma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco”*. Dessa forma, ao respeitar a autonomia dos participantes, resultou em uma oscilação no total de respostas por item analisado, uma taxa média de não resposta de 15,8%. Dentre os colaboradores que participaram do estudo, 99,0%, responderam o questionário via e-mail institucional.

As categorias profissionais que se destacaram correspondem a equipe de enfermagem (50,38%), em seguida, a equipe de técnicos administrativos (21,52%), contemplando profissionais da administração/direção (2,73%), auxiliares administrativos/secretários (7,05%) e outros (11,75%), que englobam profissionais cujas funções não se enquadram diretamente nas categorias listadas. A equipe multiprofissional (19,17%) também participou do estudo, incluindo: médicos (8,93%), constituído pelo corpo clínico (6,48%) e residentes (2,44%), fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais ou fonoaudiólogos (5,17%), farmacêuticos (3,01%), psicólogos (0,94%), assistentes sociais (0,85%), nutricionistas (0,75%) e odontólogos (0,38%), completaram a composição da amostra. Essa distribuição evidencia a participação integrada de diferentes equipes profissionais no ambiente hospitalar universitário, assim como seu envolvimento nas diversas dimensões da cultura de segurança.

Conforme demonstrado na Tabela 1, no que diz respeito aos setores de atuação das categorias profissionais que responderam o E-Questionário, destaca-se a categoria

“outros”, com 33,49%, seguido por UTI, com 21,57%, diversas unidades do hospital/nenhuma unidade específica com 8,89% e 6,81% de categorias atuantes em laboratório.

Tabela 1 - Categorização dos trabalhadores por áreas de atuação, que responderam o “E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar” em hospital universitário público. Norte do Paraná, Brasil, 2025

Categorias	N	%
Anestesiologia	06	0,57
Cirurgia	42	3,97
Clínica Médica	43	4,07
Diversas unidades do hospital / Nenhuma unidade específica	94	8,89
Emergência	40	3,78
Farmácia	24	2,27
Laboratório	72	6,81
Obstetrícia	57	5,39
Outros	354	33,49
Pediatria	51	4,82
Radiologia	18	1,70
Reabilitação	25	2,37
Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	228	21,57

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Quanto ao tempo de serviço em anos na instituição, destaca-se que 47% dos participantes atuavam entre um e cinco anos. Já 21,35% possuíam 21 anos ou mais de contribuição na instituição e 3,34% com menos de um ano de contribuição na instituição.

Referente ao tempo de atuação dos profissionais no setor ou unidade hospitalar, observou-se maior percentual (55,67%) de profissionais atuantes de um a cinco anos no mesmo setor, os grupos com seis a dez anos (13,46%) e 21 anos ou mais (12,60%), enquanto a presença de profissionais com menos de um ano de atuação (3,94%).

Verificou-se que o regime de horas trabalhadas semanalmente na instituição apresentou variação conforme os tipos de contratação, pois existem trabalhadores estatutários que seguem o regime legal próprio, bem como trabalhadores de contratados temporariamente, por meio de “chamamento público”, que possuem um regime de trabalho diferenciado. Identificou-se que 12,2% dos trabalhadores atuavam de 21 a 39 horas semanais, enquanto 12,5% desempenhavam funções de até 20 horas semanais. Por outro lado, 75,4% dos trabalhadores realizavam 40 horas ou mais semanalmente. Não foi possível distinguir a carga horária dos trabalhadores contratados temporariamente por meio de chamamento público, contudo, considerando que esses profissionais foram admitidos para suprir vagas em aberto do quadro geral de servidores,

infere-se que, em média, desempenham jornadas semanais de aproximadamente 40 horas. Essa modalidade de contratação constitui-se em um processo de seleção regido pelas legislações: Lei nº 13.019/2014, que estabelece as normas gerais para as parcerias entre a administração pública e organizações da sociedade civil; e Decreto nº 8.726/2016, que regulamenta as regras e procedimentos das parcerias entre a administração pública federal e as organizações da sociedade civil (Brasil, 2014; Brasil, 2016).

No que diz respeito, à interação direta dos profissionais com os pacientes foi possível identificar que 71,4% declararam manter contato ou interação direta com os pacientes em suas atividades diárias, lidando diretamente com os desafios, riscos e complexidades do cuidado em saúde. No entanto, 28,6% dos respondentes indicaram não ter contato direto com os pacientes, desempenhando funções estratégicas nas atividades de retaguarda assistencial e de apoio técnico-administrativo, como atividades administrativas, técnicas e de suporte logístico, contribuindo de forma significativa para a organização do cuidado, a estrutura e o funcionamento dos setores, bem como para a segurança do ambiente hospitalar.

Conforme demonstra a Tabela 2, destacaram-se aspectos estruturantes, como aprendizagem organizacional/melhoria contínua (81,1%), expectativas e ações da supervisão da unidade/serviço (75,4%), assim como, apoio da gerência hospitalar à segurança do paciente (67,6%). Por outro lado, foram identificadas fragilidades, especialmente em resposta não punitiva a erros (24,3%), mudanças de turno e transições entre unidades (39%), dimensionamento de pessoal (46%) e trabalho em equipe entre unidades (46,6%).

Tabela 2 – Análise das 12 dimensões do “E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar” em porcentagem de respostas positivas, respondidas por trabalhadores de um hospital universitário público. Norte do Paraná, Brasil, 2025

Dimensão	% de Respostas Positivas
1 - Frequência de eventos notificados	55,2
2 - Percepção de segurança	50,0
3 - Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	75,4
4 - Aprendizagem organizacional / melhoria contínua	81,1
5 - Trabalho em equipe na unidade/serviço	71,3
6 - Abertura para comunicações	54,8
7 - Feedback e comunicação sobre erros	61,1

8 - Resposta não punitiva para erros	24,3
9 - Dimensionamento de pessoal	46,0
10 - Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	67,6
11 - Trabalho em equipe entre unidades	46,6
12 - Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	39,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Quando utilizado o teste de ANOVA, seguido pelo *post hoc de Tukey*, para análise de comparação nas respostas para cada dimensão da CSP, considerando os macrogrupos de categorias profissionais: médicos, enfermeiros/técnicos de enfermagem, profissionais da equipe multiprofissional e técnicos administrativos, observou-se diferença estatisticamente significativa somente na dimensão 9 ($p < 0,001$). Na qual, os médicos (média = 3,26) e os enfermeiros/técnicos de enfermagem (média = 3,23) demonstraram percepções mais positivas em comparação aos profissionais da equipe multiprofissional (média = 3,00) e aos técnicos administrativos (média = 2,83), que apresentaram as avaliações mais críticas sobre recursos humanos disponíveis.

Contudo, para as dimensões 3, 4, 5, 8 e 12, as medianas permaneceram relativamente estáveis entre os diferentes grupos profissionais, indicando homogeneidade na percepção sobre esses aspectos, o que foi corroborado pelo resultado não significativo da ANOVA nestes itens ($p > 0,05$).

Portanto, os resultados desses testes demonstraram que, com exceção da percepção sobre o dimensionamento de pessoal, as diferentes categorias profissionais compartilham visões semelhantes sobre os demais aspectos da CSP.

Conforme demonstra a Tabela 3, considerando as respostas na escala de likert, as médias observadas indicaram percepções positivas e homogêneas entre as categorias profissionais quanto às expectativas e ações da direção/supervisão, aprendizagem organizacional e trabalho em equipe, com valores próximos de 4 e baixa variabilidade, sugerindo um ambiente de gestão participativa, aprendizado contínuo e colaboração entre as equipes.

Por outro lado, os menores escores foram identificados nos itens relacionados à resposta não punitiva para erros e ao dimensionamento de pessoal, que apresentaram médias em torno de 2,6 e 3,0, respectivamente, evidenciando oportunidades de melhorias na cultura de segurança. Além disso, os problemas nas mudanças de turno e transições entre unidades mostraram médias intermediárias ($\approx 3,0$), indicando

necessidade de aprimoramento de processos na comunicação e continuidade do cuidado.

Tabela 3 – Tabela de medidas-resumo nas dimensões 3, 4, 5, 8, 9 e 12 do “E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar”, segmentadas entre as categorias profissionais de um hospital universitário público. Norte do Paraná, Brasil, 2025.

Item	Descrição	Categoria Profissional	Média	Desvio-Padrão	ANOVA (p)	Post hoc de Tukey
3	Expectativas e ações da direção/supervisão que favorecem a segurança	Médicos	3.85	0.67	> 0,05	a
		Técnico administrativo	3.83	0.70		a
		Multiprofissional	3.82	0.77		a
		Enfermeiros/Téc. de enfermagem	3.78	0.75		a
4	Aprendizagem organizacional / melhoria contínua	Enfermeiros/Téc. de enfermagem	3.99	0.59	> 0,05	a
		Médicos	3.86	0.74		a
		Multiprofissional	3.85	0.71		a
		Técnico administrativo	3.85	0.66		a
5	Trabalho em equipe na unidade/serviço	Técnico administrativo	3.80	0.69	> 0,05	a
		Médicos	3.73	0.88		a
		Enfermeiros/Téc. de enfermagem	3.73	0.73		a
		Multiprofissional	3.72	0.80		a
8	Resposta não punitiva para erros	Multiprofissional	2.73	0.86	> 0,05	a
		Técnico administrativo	2.66	0.88		a
		Médicos	2.62	0.83		a
		Enfermeiros/Téc. de enfermagem	2.57	0.78		a
9	Dimensionamento de pessoal	Médicos	3.27	0.81	<0.001	a
		Enfermeiros/Téc. de enfermagem	3.23	0.79		a
		Multiprofissional	3.00	0.83		b
		Técnico administrativo	2.83	0.77		b
12	Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	Técnico administrativo	3.07	0.83	> 0,05	a

Multiprofissional	3.03	0.88	a
Enfermeiros/Téc. de enfermagem	3.02	0.74	a
Médicos	2.96	0.96	a

Nota: Teste ANOVA seguido de post hoc de Tukey. Considerou-se significância estatística quando $p < 0,05$.

Legenda: a - grupo estatisticamente distinto dos grupos identificados como b (teste post hoc de Tukey, $p < (0,05)$);

b - grupo estatisticamente distinto dos grupos identificados como a (teste post hoc de Tukey, $p < 0,05$).

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Ainda considerando, o teste de ANOVA, seguido pelo *post hoc de Tukey*, para análise de comparação entre grupos, com base nas variáveis, categoria profissional e tempo de serviço na instituição, foi possível identificar diferenças significativas nas respostas das dimensões 9 e 12.

No que se refere a dimensão dimensionamento pessoal (9), foi observada uma diferença estatística altamente significativa ($p < 0,001$). Os profissionais com menos de um ano de atuação apresentaram a média mais alta (3,47), seguidos daqueles com um a cinco anos (3,25), indicando uma percepção mais favorável quanto à suficiência e distribuição de pessoal. Em contraste, as médias mais baixas foram atribuídas pelos profissionais com mais de 11 anos de instituição, especialmente aqueles com 16 a 20 anos (2,87) e 21 anos ou mais (2,90).

Quando observado a dimensão problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/setores, também foi identificada uma diferença significativa ($p = 0,04$). Os profissionais com menos de um ano de atuação apresentaram percepções mais positivas (média=3,39) sobre esses processos, por outro lado, os profissionais com 16 a 20 anos de atuação apresentaram a média mais baixa (2,83).

Nas demais dimensões avaliadas, 3, 4, 5 e 8 não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos de tempo de serviço. Entretanto, vale destacar que, ainda assim, os profissionais com menos de 1 ano de hospital apresentaram as médias mais positivas em todos esses itens.

Conforme a Tabela 4, com base na escala Likert, a média dos respondentes nas dimensões: Expectativas e ações da direção/supervisão mantém avaliação favorável e estável, com médias entre 3,72 e 3,94.

Assim como, a dimensão “Aprendizagem organizacional/melhoria contínua”, que é consistentemente alta (4,16), indicando ambiente de aprendizado robusto, ainda que ligeiramente mais positivo entre profissionais com menos de 1 ano. Concomitante, ao

Trabalho em equipe permanece positivo (3,98), evidenciando colaboração cotidiana bem avaliada.

Contudo, a dimensão resposta não punitiva para erros, com média de 2,75, demonstrando que a cultura necessita de mecanismos de aprimoramento.

Já, o dimensionamento de pessoal com média de 3,47, com percepção mais favorável entre iniciantes e mais crítica entre os mais experientes, sugerindo sensação crescente de insuficiência de recursos com o tempo. E problemas em mudanças de turno e transições situam-se em patamar intermediário (2,83), novamente com avaliação mais positiva entre quem tem menos de 1 ano (3,40).

Tabela 4 – Tabela Medidas-resumo dos subitens por tempo de atuação das questões contidas nas dimensões 3, 4, 5, 8, 9 e 12 do “E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar”, segmentadas entre as faixas de tempo de atuação dos profissionais em hospital universitário público. Norte do Paraná, Brasil, 2025.

Item	Descrição	Tempo de Atuação	Média	Desvio Padrão	ANOVA (p)	Post hoc de Tukey
3	Expectativas e ações da direção/supervisão que favorecem a segurança	Menos de 1 ano	3.94	0.67	> 0,05	a
		1 a 5 anos	3.81	0.73		a
		6 a 10 anos	3.81	0.76		a
		11 a 15 anos	3.81	0.61		a
		21 anos ou mais	3.78	0.77		a
		16 a 20 anos	3.72	0.76		a
4	Aprendizagem organizacional / melhoria contínua	Menos de 1 ano	4.16	0.52	> 0,05	a
		1 a 5 anos	3.95	0.65		a
		6 a 10 anos	3.91	0.67		a
		16 a 20 anos	3.89	0.68		a
		11 a 15 anos	3.87	0.65		a
		21 anos ou mais	3.87	0.64		a
5	Trabalho em equipe na unidade/serviço	Menos de 1 ano	3.98	0.79	> 0,05	a
		21 anos ou mais	3.79	0.75		a
		6 a 10 anos	3.79	0.69		a
		11 a 15 anos	3.76	0.73		a
		1 a 5 anos	3.70	0.77		a
		16 a 20 anos	3.66	0.80		a
8	Resposta não punitiva para erros	Menos de 1 ano	2.75	0.62	> 0,05	a
		21 anos ou mais	2.69	0.81		a
		11 a 15 anos	2.65	0.82		a

		6 a 10 anos	2.65	0.81		a
		1 a 5 anos	2.61	0.82		a
		16 a 20 anos	2.38	0.94		a
9	Dimensionamento de pessoal	Menos de 1 ano	3.47	0.78	<0.001	a
		1 a 5 anos	3.25	0.78		a
		6 a 10 anos	3.08	0.82		ab
		11 a 15 anos	2.90	0.76		b
		21 anos ou mais	2.90	0.83		b
		16 a 20 anos	2.88	0.77		b
12	Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	Menos de 1 ano	3.40	0.84	p = 0,04	a
		11 a 15 anos	3.06	0.84		ab
		1 a 5 anos	3.03	0.78		ab
		6 a 10 anos	2.98	0.71		ab
		21 anos ou mais	2.97	0.81		ab
		16 a 20 anos	2.83	0.92		b

Nota: Teste ANOVA seguido de post hoc de Tukey. Considerou-se significância estatística quando $p < 0,05$.

Legenda: a - grupo estatisticamente distinto dos grupos identificados como b (teste post hoc de Tukey, $p < (0,05)$); b - grupo estatisticamente distinto dos grupos identificados como a (teste post hoc de Tukey, $p < 0,05$); ab = grupo estatisticamente semelhante aos grupos identificados como a e b, não apresentando diferença estatisticamente significativa em relação a ambos ($p > 0,05$).

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Afim de aprofundar a compreensão das percepções dos profissionais à cerca das dimensões da CSP, a Seção H do E-Questionário, disponibiliza um campo de respostas abertas, com a seguinte solicitação: *“Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erro ou notificação de eventos no seu hospital.”*

A integração de dados quantitativos e qualitativos foi realizada por meio do *Pillar Integration Process* (PIP) (Johnson; Grove; Clarke, 2019), no qual os resultados foram inseridos em uma matriz de exposição conjunta (*joint display*), sendo possível, organizar os dados de forma a evidenciar padrões e tendências comuns entre os percentuais e as narrativas dos profissionais, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Integração dos Resultados Quantitativos e Qualitativos da Cultura de Segurança do Paciente de um hospital universitário público, integrados no *Pillar Integration Process* (PIP). Norte do Paraná, Brasil, 2025.

Dimensão Avaliada (HSOPSC)	Achados Quantitativos (%)			Relato Qualitativo (Seção H)	Categoria Interpretativa Ref: (Brasil, 2021)
	Positivo	Neutro	Negativo		

Frequência de eventos notificados	55,2	24,5	20,3	<i>“O processo de notificação ainda é frágil, mas há intenso trabalho de tornar a notificação mais acessível. A gerencia de risco tem atuado de forma a manter uma cultura de notificação com intuito de não punição, mas sim, educativa” (R193)</i>	Cultura Em Transição
Percepção de segurança	50,0	19,4	30,6	<i>“A segurança tem se mostrado muito mais presente nos últimos anos!” (R14)</i>	Cultura Em Transição
Expectativas e ações da supervisão sobre segurança	75,4	13,7	10,9	<i>“A Direção médica e de enfermagem constantemente direcionam esforços para a melhoria. As orientações são claras, objetivas e a maior parte dos cuidados tem protocolos bem estabelecidos.” (R133)</i>	Cultura Forte
Aprendizagem organizacional / Melhoria contínua	81,1	12,7	6,2	<i>“Estou há 09 anos nesta instituição e sou testemunha dos esforços para o incentivo da cultura de segurança. Há trabalho efetivo para educação continua...”</i>	Cultura Forte
Trabalho em equipe na unidade/serviço	71,3	17,6	11,1	<i>“No meu setor temos nos esforçados muito para garantir a segurança do</i>	Cultura Em Transição

				<i>paciente. Porém, são muitos profissionais envolvidos que nem sempre há colaboração...” (R162)</i>	
Abertura para comunicação	54,8	28,6	16,6	<i>“Temos apoio total das diretorias para sugerir, reclamar e inovar...” (R147)</i>	Cultura Em Transição
Feedback e comunicação sobre erros	61,1	27,3	11,6	<i>“Trabalhar em equipe, se observarmos que um erro pode acontecer, ajudar, dar feedback, evitando fofocas, desmerecendo o outro profissional.” (R19)</i>	Cultura Em Transição
Resposta não punitiva aos erros	24,3	19,8	55,9	<i>“Precisa aprimorar e conscientizar as equipes para que quando ocorrer um erro, a intenção não seja punição, mais sim verificar a fragilidade do processo de trabalho” (R23)</i>	Cultura Frágil
Dimensionamento de pessoal	46,0	18,1	35,9	<i>“Falta de funcionários e temos que ajudar em outros setores e unidades, sobrecarrega os demais...” (R41)</i>	Cultura frágil
Apoio da gerência à segurança do paciente	67,6	19,1	13,3	<i>“Vejo como a direção e os funcionários tratam com seriedade a segurança do paciente, temos treinamentos, orientações e condições para prestar uma assistência de</i>	Cultura Em Transição

				<i>qualidade e segura.” (R147)</i>	
Trabalho em equipe entre unidades	46,6	28,0	25,4	<i>“Penso que poderiam trabalhar de forma mais conjunta e fortalecer ainda mais as ações de segurança” (R193)</i>	Cultura Frágil
Problemas em transições de turno/unidade	39,0	25,2	35,8	<i>“As transições de cuidado entre setores ou entre equipes, com alto risco de perda de informação” (R16)</i>	Cultura Frágil

Lengenda: R – Relato do participante da pesquisa. Ref. – Referência.

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

A abordagem mista, permitiu que os resultados apresentados não apenas confirmam os percentuais, mas também traduzem em narrativas reais as percepções, vivências e desafios enfrentados pelos profissionais no cotidiano hospitalar, quando analisados à CSP, contribuindo para uma leitura crítica, sensível e orientada à transformação organizacional.

Discussão

A aplicação do E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar, no hospital estudado, foi ampliada para todos os setores do complexo hospitalar. Assim, este estudo permitiu mapear a percepção dos profissionais sobre a cultura de segurança, identificando fragilidades e potencialidades institucionais. Essa abordagem permitiu compreender o cenário atual da instituição e subsidiar ações gerenciais e assistenciais voltadas ao fortalecimento da cultura de segurança e à melhoria contínua da qualidade do cuidado.

O estudo identificou duas dimensões com cultura forte, seis com cultura em transição e quatro com cultura frágil. As áreas que precisam de aprimoramento, sob a ótica dos profissionais, envolvem a resposta não punitiva aos erros, dimensionamento de pessoal e problemas em transições de turno entre unidades. Além disso, dimensões como percepção de segurança e abertura para comunicação estão próximas de 50% de respostas positivas, indicando potencialidades e aperfeiçoamento institucional.

Sendo assim, análise da CSP evidenciou um cenário complexo e paradoxal. O hospital universitário estudado apresenta, simultaneamente, núcleos de excelência e boas práticas. De modo geral, os dados indicam que a CSP se encontra em processo de fortalecimento e desenvolvimento dentro da organização.

Diante desse processo complexo, envolvendo percepções individuais, práticas institucionais e fatores organizacionais dessa complexidade, a opção por uma abordagem metodológica mista, conforme proposta por Creswell (2009) e detalhada por Creswell; Plano Clark (2011), mostrou-se adequada para este estudo, onde a integração por meio do PIP (Johnson; Grove; Clarke, 2019), demonstrou-se capaz de fornecer uma visão abrangente da CSP, captando simultaneamente padrões mensuráveis e experiências subjetivas, permitindo identificar áreas críticas, potenciais melhorias e oportunidades de fortalecimento da cultura de segurança no ambiente hospitalar. Além disso, essa metodologia ampliou a robustez e a fidedignidade da pesquisa, fornecendo subsídios concretos para o planejamento estratégico e a tomada de decisão gerencial.

A integração dos dados quantitativos e qualitativos por meio do PIP, mostrou pontos fortes, como: aprendizado organizacional/melhoria contínua, expectativas e ações da direção que favorecem a segurança e trabalho em equipe na unidade/serviço. Já as oportunidades de melhorias correspondem a resposta não punitiva aos erros, problemas em transições de turno/unidade e dimensão pessoal.

De modo geral, a análise comparativa entre, categorias e tempo de serviço na instituição, sobre as dimensões analisadas, não apontaram diferenças significativas em quase todas as dimensões, exceto em Dimensionamento de Pessoal, confirmando vivência organizacional comum. E Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/setores, com diferença significativa na percepção mais positiva entre profissionais iniciantes. O achado reforça que os desafios são percebidos transversalmente.

A utilização de abordagem metodológica mista (Creswell; Plano Clark, 2011), mostrou-se essencial para captar essa complexidade, permitindo uma compreensão ampliada e contextualizada dos fatores que potencializam, tanto a segurança, bem como as oportunidades de melhorias, demonstrada pela boa adesão dos profissionais à pesquisa, garantindo representatividade suficiente para análise dos resultados e formulação de propostas de intervenção voltadas ao fortalecimento da CSP no ambiente hospitalar (ANVISA, 2021; Viana et al., 2023; Malkiewicz, 2025;).

Destaca-se que a maioria dos respondentes é composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem, o que reforça a centralidade dessa equipe nas práticas assistenciais e na linha de frente do cuidado, configurando-a como um grupo-chave para garantir uma CSP. Os técnicos administrativos também tiveram uma participação efetiva, pois embora não atuem diretamente no cuidado, também desempenham funções essenciais para o funcionamento do hospital, o que os torna também partícipes da construção de um ambiente seguro. E a participação da categoria multiprofissional evidenciou a relevância da abordagem integrada e interdisciplinar na promoção da SP em diferentes graus de proximidade com os processos de segurança e qualidade do cuidado (Capucho, 2021; Amarijo et al., 2022).

No que se refere às áreas de atuação, a categoria “outros”, observou-se que concentrou aproximadamente 1/3 dos profissionais respondentes, evidenciando a importância de profissionais administrativos e de apoio na CSP, considerando o impacto indireto, mas essencial, de suas atividades nos processos assistenciais seguros. As UTI também apresentaram elevada representatividade, o que ressalta a participação de profissionais inseridos em ambientes de alta complexidade, marcados por maior risco de EA e desafios permanentes à segurança (Capucho, 2021; Souza et al., 2024).

Esses achados reforçam que a CSP deve ser compreendida em uma perspectiva multidimensional, integrando setores assistenciais, administrativos e de apoio. Tal abordagem amplia a identificação de fragilidades e potencialidades institucionais e evidencia a necessidade de políticas transversais e integradas que consolidem práticas seguras em diferentes níveis organizacionais (Lopes et al., 2023).

O tempo de vínculo institucional revelou uma coexistência entre renovação e estabilidade, refletindo processos contínuos de renovação, contratações temporárias e rotatividade. Por se tratar de um hospital universitário, essas instituições funcionam como porta de entrada para profissionais recém-formados, ao mesmo tempo em que oferecem oportunidades de aprimoramento para trabalhadores mais experientes. Essa dinâmica pode gerar certa instabilidade nas equipes e impactar a continuidade do cuidado, mas também favorece o aprendizado mútuo, fortalece as práticas assistenciais e contribui para a consolidação da cultura organizacional e da segurança do paciente (Zanelli, 2023). No entanto, verificou-se que alguns respondentes atuam na instituição há mais de 21 anos, a presença desses trabalhadores é estratégica para a CSP, pois eles tendem a apresentar maior familiaridade com os protocolos institucionais, histórico da

organização e práticas de cuidados seguros, atuando como referências e como multiplicadores de boas práticas (Prates et al., 2021).

Já em relação ao tempo de atuação na área ou unidade hospitalar, observou-se que embora a maior parcela dos profissionais, ainda se encontra em fase de consolidação frente aos processos, fluxos e cultura específicos da unidade, a porcentagem de trabalhadores com maior tempo de atuação no setor, demonstra que o profissional já domina parte dos protocolos institucionais, mas ainda se adapta a nuances relacionais, operacionais e às exigências específicas de sua área (Souza et al., 2024). Essa coexistência entre renovação e estabilidade pode ser valiosa, desde que acompanhada de políticas robustas de educação permanente, evitando cristalização de práticas obsoletas e resistência à mudança (Capucho, 2021; Prates et al., 2021; Souza et al., 2024).

Entre os pontos fortes, destacou-se a dimensão “Aprendizagem Organizacional e Melhoria Contínua”, com respostas positivas. O resultado evidenciou valorização do aprendizado institucional, o aprimoramento contínuo dos processos, o estímulo à reflexão sobre falhas, a qualificação permanente e a implementação de ações corretivas e preventivas, em consonância com a WHO (2021) e a ANVISA (2013), corroborando com o aprendizado organizacional como fator-chave para o fortalecimento da CSP (Prates et al., 2021; Souza et al., 2024).

A dimensão “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança”, com o percentual de 15,4% de respostas positivas, demonstrou a atuação de uma liderança próxima e apoiadora, onde os profissionais reconhecem o papel ativo dos líderes na promoção de um ambiente seguro (Camacho-Rodríguez, et al., 2022).

A dimensão “Trabalho em Equipe na Unidade” confirmou a valorização da cooperação entre colegas como estratégia para lidar com sobrecarga e escassez de recursos. Entretanto, relatos indicaram que, quando essa cooperação assume caráter compensatório, há risco de esgotamento emocional e institucional, evidenciando os limites da colaboração informal (Haas et al., 2023; Amarijo et al., 2022). A ausência de apoio estruturado em situações críticas pode gerar estresse, comprometer a comunicação e aumentar o risco de falhas, reforçando a importância de políticas voltadas ao bem-estar da equipe (Zanelli, 2023).

A dimensão "Abertura para comunicação" com 54,8% de respostas positivas, reflete a importância de garantir que os profissionais se sintam à vontade para expressar preocupações e identificar situações que possam comprometer a segurança do paciente. Este ponto é corroborado pelo relato *"Temos apoio total das diretorias para sugerir, reclamar e inovar..." (R147)*. Estudos apontam que, especialmente na enfermagem, há dificuldades em se posicionar diante de erros ou riscos, muitas vezes devido à postura defensiva de outros profissionais, que interpretam essas alertas como críticas, sendo assim, é essencial fomentar estratégias que ajudem os profissionais a se sentirem seguros para tomar a iniciativa sempre que perceberem que algo não está funcionando corretamente (Bohomol, 2021).

Entre as oportunidades de melhorias, destaca-se que a resposta não punitiva aos erros ainda apresenta baixa adesão entre os profissionais e a permanência de cultura de responsabilização individual o que pode comprometer a efetividade das notificações de eventos adversos, elemento essencial para o aprendizado organizacional e para a prevenção de falhas futuras (Medeiros et al., 2025).

O relato de um profissional *"Precisa aprimorar e conscientizar as equipes para que quando ocorrer um erro, a intenção não seja punição, mais sim verificar a fragilidade do processo de trabalho" (R23)*, revela que o medo de julgamento e a preocupação com a forma como será percebido pelo grupo podem desestimular a notificação de eventos. Essa dinâmica interpessoal, favorece o silêncio diante de situações que poderiam ser convertidas em oportunidades de aprendizado coletivo e aprimoramento das práticas assistenciais (Medeiros et al., 2025).

Um estudo evidenciou que a dimensão "resposta não punitiva aos erros" configura como a mais fragilizada em relação ao percentual de respostas positivas (25%), apresentando diferenças significativas entre setores e baixos percentuais de respostas positivas. Esses achados corroboram pesquisas, que também identificaram essa dimensão com os menores percentuais de respostas positivas, sendo nacionais (18% e 36%) e internacionais (17% e 33%), indicando tratar-se de uma fragilidade persistente nas instituições de saúde mundialmente (Melo et al., 2020).

A literatura demonstra que instituições que avançam para uma abordagem justa e orientada ao aprendizado tendem a criar ambientes mais seguros e propícios ao relato de falhas, fortalecendo a qualidade assistencial. Essa tendência também é observada nos resultados deste estudo, uma vez que o relato *"A gerencia de risco tem atuado de*

forma a manter uma cultura de notificação com intuito de não punição, mas sim, educativa” (R193) indicando esforços concretos para promover essa cultura de segurança (Haas et al., 2023; Medeiros et al., 2025).

De forma convergente, a identificação, notificação e resolução de problemas de segurança constituem pilares centrais de uma CSP sólida, promovendo estímulo à participação ativa das equipes e valorização do aprendizado a partir dos incidentes. Nesse sentido, promover uma comunicação efetiva são passos fundamentais para consolidar a cultura de segurança como valor organizacional e fortalecer a qualidade da assistência (Sousa, 2019; Brasil, 2023; Medeiros et al., 2025;).

Esses achados dialogam diretamente com a literatura, que aponta que uma cultura de segurança positiva se sustenta em ambientes colaborativos, baseados na confiança e na escuta ativa, nos quais os profissionais se sintam encorajados a relatar falhas sem medo de punições (Prates et al., 2021; Capucho, 2021).

No contexto de hospitais universitários, tais desafios tendem a ser mais complexos devido à rotatividade constante de estudantes e residentes, às demandas de ensino e pesquisa e às condições estruturais sobrecarregadas, que podem fragilizar a continuidade do cuidado e dificultar a consolidação de uma cultura de segurança madura e efetiva (Souza et al., 2024; Malkiewicz, 2025).

Os resultados relacionados ao “Dimensionamento de Pessoal”, demonstrou percentual de 46% de respostas positivas, porém quando analisado a percepção entre os grupos profissionais ($p < 0,001$), médicos e equipe de enfermagem percebem de forma mais favorável a adequação do quadro de pessoal, enquanto multiprofissionais e técnicos administrativos se mostram mais críticos, o que pode estar relacionado à intensidade do contato assistencial e às responsabilidades assumidas no cuidado direto. Tal achado sugere que, embora os profissionais assistenciais reconheçam os esforços institucionais para mitigar a sobrecarga, persiste a vivência cotidiana de insuficiência de quadro. Nesse sentido, o déficit de recursos humanos pode comprometer a comunicação, aumentar o risco de falhas e sobrecarga pessoal (Souza et al., 2024; Vale et al., 2024).

Esse achado, corrobora com discussões presentes na literatura, que indicam que o dimensionamento de pessoas inadequado, constitui um desafio nas instituições de saúde. Tanto para os gestores, pelos elevados custos associados aos recursos

humanos, quanto pelas demandas de cuidados e a quantidade de pessoal envolvida nos processos (Melo et al., 2020).

Nesse sentido, um estudo demonstrou que enfermeiros de países latino-americanos observaram níveis mais elevados de melhoria da qualidade, em que o trabalho em equipe, desempenhando um papel crucial na promoção da CSP, mesmo diante da escassez de pessoal (Camacho-Rodríguez et al., 2022).

Em relação ao tempo de vínculo institucional, a percepção sobre o quadro de pessoal, foi mais positiva entre profissionais com menos de um ano e mais negativa entre aqueles com 16 anos ou mais de trabalho, evidenciando que a exposição prolongada à sobrecarga e ao subdimensionamento (Haas et al., 2023), aliado à pressão por produtividade, compromete não apenas a SP, mas também as condições de trabalho e a qualidade do cuidado. A consistência das percepções entre diferentes perfis profissionais reforça a relevância dessa fragilidade e indica a necessidade de políticas institucionais que promovam dimensionamento adequado e distribuição equilibrada de tarefas (Figueiredo, 2021).

Correspondente, à dimensão “Problemas em Mudanças de Turno e Transições entre Unidades/Serviços”, os resultados demonstraram riscos de perda de informação, entre turnos e unidades, evidenciado no “R16”, corroboram com resultados anteriores, segundo os quais, profissionais da assistência podem vivenciar a sobrecarga de maneira mais imediata, diante da alta demanda, reforçando a necessidade de aprimorar protocolos e padronizar procedimentos (Silva et al., 2025)

Um estudo, demonstrou melhoria do fluxo dentro de uma unidade crítica, em que há elevada quantidade de informações, pessoas e equipamentos, relacionado a padronização da transição de cuidados, com a implantação de métodos ágeis e a redução da variabilidade dos processos como estratégias capazes de trazer benefícios operacionais e mitigar eventos adversos relacionados à assistência (Zimmermann; Bohomol, 2023).

Esses resultados têm considerações importantes para hospitais universitários, onde a coexistência de assistência, ensino e pesquisa, somada à alta rotatividade de estudantes e residentes, aumenta a complexidade da gestão e a importância do fortalecimento da CSP, mediante a um elevado potencial de transformação, desde que

pessoas, estruturas e propósitos estejam alinhados (ANVISA, 2013; WHO, 2021; Almeida; Moura, 2023; Vale et al., 2024).

O hospital universitário estudado apresenta uma base sólida para o fortalecimento da CSP, destacando-se pela integração entre ensino, pesquisa e extensão, pela diversidade de especialidades e por sua função de referência regional. Com cerca de três mil colaboradores distribuídos entre equipes assistenciais, gerenciais e de apoio, a instituição demonstra comprometimento com a melhoria contínua da qualidade e com o fortalecimento da cultura organizacional. A avaliação sistemática da CSP permite mapear condições institucionais, orientar intervenções e impulsionar o avanço contínuo rumo à excelência em segurança do paciente, sustentada pelo compromisso com o ensino, a pesquisa e a gestão da qualidade (Reis, 2013; Lopes, 2023; Da Silva et al., 2025).

O estudo apresenta como limitações a etapa qualitativa baseada em comentários espontâneos, que dependem da iniciativa dos participantes e podem não refletir integralmente a diversidade de percepções sobre a cultura de segurança, entretanto os resultados podem contribuir com informações relevantes para os gestores, educadores e pesquisadores. Adicionalmente, a limitação inerente à própria metodologia do instrumento, que delimita as formas de organização e aprofundamento analítico dos dados, podendo limitar a exploração de nuances discursivas e relações mais complexas entre os achados.

Conclusão

Os resultados deste estudo apresentaram um cenário multifacetado, no qual já se observam práticas consolidadas nas dimensões de aprendizagem organizacional, ações da supervisão e trabalho em equipe, evidenciando o fortalecimento de práticas colaborativas, do apoio gerencial e do compromisso institucional com a segurança do cuidado. Por outro lado, aspectos relacionados à comunicação intersetorial, às transições de cuidado, ao dimensionamento de pessoal e à resposta não punitiva aos erros, permanecem como pontos que demandam aprimoramento, exigindo estratégias mais efetivas e sustentáveis para o fortalecimento contínuo da cultura de segurança do paciente.

As percepções dos diferentes perfis profissionais reforçam o potencial de continuidade de boas práticas, assim como o amplo cenário profissional instituído para

um serviço universitário e público, apontando para a importância do engajamento contínuo das equipes e do investimento em lideranças comprometidas.

Conclui-se que a cultura de segurança do paciente no hospital universitário público estudado encontra-se em processo de transição, demonstrando avanços significativos e um movimento institucional consistente em direção à consolidação de práticas seguras.

Referências

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. *Hospital survey on patient safety culture*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. Disponível em: <https://www.ahrq.gov>. Acesso em: 10 nov. 2025.
- ALMEIDA, P. P.; MOURA, G. G. Avaliação dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança: um estudo em um hospital público de Minas Gerais. *Vigilância Sanitária em Debate*, Rio de Janeiro, v. 11, e02077, 2023. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/2077/1491>. Acesso em: 10 nov. 2025.
- AMARIJO, C.; FIGUEIRA, A. B.; GONÇALVES, N. G. C. Segurança do paciente: conexões de dispositivos. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, SP, v. 11, n. 10, e474111033188, 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/362551758_Seguranca_do_paciente_conexoes_de_dispositivos. Acesso em: 10 nov. 2025.
- ASSIS, S. F.; VIEIRA, D. F. V. B.; SOUSA, F. R. E. G.; PINHEIRO, C. E. O.; PRADO, P. R. Adverse events in critically ill patients: a cross-sectional study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 56, e20210481, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/xy8z6shd87fFBrBHgfDcdDH>. Acesso em: 10 nov. 2025.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BOHOMOL, E.; MELO, E. F. CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. *Revista SOBECC*, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 54-61, 2021. Disponível em: <https://sobecc.emnuvens.com.br/sobecc/article/view/491/pdf>. Acesso em: 10 nov. 2025.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais Brasileiros – Ano 2023*. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/cultura-de-seguranca-do-paciente-2/RelatorioCSP2023.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2025.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Plano integrado para a gestão sanitária da segurança do paciente no Brasil: 2021–2025*. Brasília, DF: Anvisa, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/plano-integrado>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Incidentes relacionados à assistência à saúde: resultados das notificações realizadas no Notivisa – Paraná*, agosto de 2023 a julho de 2024. Brasília, DF: Anvisa, 2024. Relatório interno.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Referencial teórico de gestão da qualidade para ações de VISA em serviços de saúde/interesse para a saúde para subsidiar a elaboração do projeto de harmonização do processo de inspeção e fiscalização em serviços de saúde*. Brasília, DF: Anvisa; 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/qualidade-em-servicos-de-saude-referencial-teorico/produto-3-referencial-teorico-de-gq-para-visa-de-servicos-de-saude-e-interesse-a-saude.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 8.726, de 27 de abril de 2016**. *Regulamenta a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, para dispor sobre regras e procedimentos do regime jurídico das parcerias celebradas entre a administração pública federal e as organizações da sociedade civil*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 abr. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8726.htm. Acesso em: 10 dez. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014**. *Estabelece normas gerais para as parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil (Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil – MROSC)*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 jul. 2014. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm. Acesso em: 10 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. ISBN 978-85-334-2130-1. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Política Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 43, 2 abr. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 32, 26 jul. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 10 nov. 2025.

CAMACHO-RODRÍGUEZ, D. E.; CARRASQUILLA-BAZA, D. A.; DOMINGUEZ-CANCINO, K. A.; PALMIERI, P. A. Patient safety culture in hospitals: a systematic

review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 5, p. 2970, 2022. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/21/14380> . Acesso em: 10 nov. 2025.

CAPUCHO, H. C. Liderança e visão estratégica para a garantia da qualidade e da segurança do paciente. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). A cultura de segurança e a abordagem sistêmica: iniciativas para melhorar as práticas de segurança do paciente. Brasília: CONASS, 2021. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 8, cap. 17). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2021/12/L8-Cap17.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2025.

CRESWELL, J. W. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. Thousand Oaks, CA: Sage, 2009. Disponível em: https://www.ucg.ac.me/skladiste/blog_609332/objava_105202/fajlovi/Creswell.pdf . Acesso em: 14 nov. 2025.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. Designing and conducting mixed methods research. 2. ed. Los Angeles: SAGE Publications, 2011.

DA SILVA, H. D. C.; SILVA, B. A.; DA COSTA, R. A.; DOS SANTOS, A. L. G.; DA SILVA, W. B. O.; RICARDO, J. J. S. **et al.** A importância da cultura de segurança no ambiente hospitalar. *Brazilian Journal of Health*, 2025. Disponível em: <https://brjohealth.com/index.php/ojs/article/view/61>. Acesso em: 07 nov. 2025

DARSKI, C.; FERREIRA, C. F.; KUHLMANN, C. P.; MACHADO, F. D.; FERREIRA, F. V.; WERKA, H. M. G.; DIAZ, J. O.; RODRIGUES, M. P.; MOREIRA, M. S.; ZIEGLER, N. S.; TERRACIANO, P. B.; COMERLATO, P. H.; SANTOS, S. Bioestatística quantitativa aplicada. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/213509/001117624.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2025

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, v. 44, n. 3, p. 166–206, 1966. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>. Acesso em: 19 ago. 2025.

FIGUEIREDO, L. C. *Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de longa permanência*. 2021. 108 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2021. Disponível em: <https://tede2.pucgoias.edu.br/bitstream/tede/4775/2/Lidiane%20Castro%20Figueiredo.pdf>. Acesso em: 28 set. 2025.

FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. Cultura e poder nas organizações. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

GAMA, Z. A. da S.; SATURNO-HERNÁNDEZ, P. J.; RIBEIRO, D. N. C.; FREITAS, M. R.; MEDEIROS, P. J.; et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00026215, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wc44Ptcs75zHzHcg59z8Bqj/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 8 jul. 2025.

HAAS, L. E.; GAEDKE, M. Â.; SANTOS, J. A. M.; et al. Cultura de segurança do paciente em serviços de alta complexidade no contexto da pandemia COVID-19. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 28, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/3Scn99T3qMNfsWgJtB8fgSB/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 28 set. 2025.

JOHNSON, R. E.; GROVE, A. L.; CLARKE, A. *Pillar integration process: a joint display technique to integrate data in mixed methods research*. Journal of Mixed Methods Research, [S.l.], v. 13, n. 3, p. 301-320, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321458487_Pillar_Integration_Process_A_Joint_Display_Technique_to_Integrate_Data_in_Mixed-Methods_Research. Acesso em: 8 jul. 2025.

Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson, M.S. 1999. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf Acesso em: 8 jul. 2025.

LOPES, B. de A.; CAÑEDO, M. C.; TORRES, N. L.; LOPES, T. I. B.; GAÍVA, M. A. M. A cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 28, e86111, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/GGknTHXWHkfTWtnQ4SG9S6p/>. Acesso em: 8 jul. 2025.

MALKIEWIEZ, M. M. Avaliação da cultura de segurança do paciente e sua correlação com os incidentes de segurança notificados em um hospital universitário. 2025. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2025. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/265405>. Acesso em: 8 jul. 2025.

MEDEIROS, R. de O.; VIDAL, I. E.; SILVEIRA, A. C. dos S.; et al. Segurança do paciente em ambientes hospitalares: cultura do erro ou cultura do cuidado. *Journal of Media Critiques*, [S.l.], v. 11, n. 28, p. 1–20, 2025. Disponível em: <https://www.journalmediacritiques.com/index.php/jmc/article/view/386/244>. Acesso em: 5 nov. 2025.

MELO, E.; BALSANELLI, A. P.; NEVES, V. R.; BOHOMOL, E. Cultura de segurança do paciente segundo profissionais de enfermagem de um hospital acreditado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 41, e20190288, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190288>. Acesso em: 8 jul. 2025.

PRATES, C. G.; CAREGNATO, R. C. A.; MAGALHÃES; et al. Patient safety culture in the perception of health professionals: a mixed methods research study. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 42, e20200418, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/vdPbrj9jhMVnrGHQmthMpTQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 jul. 2025.

R Core Team (2023). R: A language and environment for statistical computing. *R Foundation for Statistical Computing*, Vienna, Austria. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acesso em: 7 jul. 2025.

REIS, C. T. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Rio de Janeiro: *Fundação Oswaldo*

Cruz, 2013. Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/items/5c574f83-962c-4b91-9bb8-2555825f2368>. Acesso em: 5 nov. 2025.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*: etapa inicial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DvyWttQysxLyKhVSjdyF4Jf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2025.

SILVA, H. D. C. da; SILVA, B. A.; COSTA, R. A. da; SANTOS, A. L. G. dos; SILVA, W. B. O. da et al. A importância da cultura de segurança no ambiente hospitalar. *Brazilian Journal of One Health*, [S. l.], 2025. Disponível em: <https://www.brjohealth.com/index.php/ojs/article/view/61/64>. Acesso em: 5 nov. 2025.

SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. Hospital survey on patient safety culture. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004. (AHRQ Publication No. 04-0041). Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/hospcult.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025

SOUSA, P.; MENDES, W. (orgs.). Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2. ed. *revista e ampliada*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2019. ISBN 978-85-8432-062-2. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2025.

SOUZA, L. V. S. A.; FAVRETTO, D. O.; CANTARELLI, K. J.; SILVA, M. S.; SILVA, A. T. G. Profile of patient safety incident notifications in a hospital institution. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 13, n. 3, p. e14913345371, 2024. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/45371>. Acesso em: 8 jul. 2025.

VALE, V. C. de S.; GRUNEWALD, S. T. F.; FAÇANHA, T. R. S.; CHAOUBAH, A. Avaliação da cultura de segurança do paciente em cinco hospitais brasileiros: comparação por categoria profissional. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 50, e43204, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/43204>. Acesso em: 8 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Conceptual framework for the international classification for patient safety*. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2010.2>. Acesso em: 5 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva: WHO, 2021. ISBN 978-92-4-003270-5. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>. Acesso em: 5 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Patient safety: making health care safer*. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/patient-safety-making-health-care-safer>. Acesso em: 5 nov. 2025.

ZANELLI, F. P.; MATIAS, P. C. M.; CARVALHO, C. A. de; BARROS, C. M.; FARIA, L. R. de; SIMAN, A. G.; AMARO, M. O. F. Cultura de segurança do paciente: visão da

equipe de enfermagem em uma UTI. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, Brasília, v. 23, n. 1, e11399, 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/11399>. Acesso em: 8 nov. 2025.

ZIMMERMANN, G. S.; BOHOMOL, E. Análise do fluxo de valor no processo de alta de uma unidade de terapia intensiva. *Enfermagem em Foco*, Brasília, v. 14, p. 1-6, mar. 2023. Ilus.; tab. e-202363. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/analise-do-fluxo-de-valor-no-processo-de-alta-de-uma-unidade-de-terapia-intensiva/>. Acesso em: 8 nov. 2025.

5. Conclusão da Dissertação

Conclui-se que a cultura de segurança do paciente no hospital universitário público estudado mostra-se em processo de transição, uma vez que o estudo considerou as percepções de diferentes categorias profissionais, áreas de atuação e tempos de serviço, permitindo identificar oportunidades de melhorias, potencialidades e oferecendo uma análise abrangente do cenário institucional.

Observou-se que, apesar das variações entre os grupos, há uma compreensão comum sobre as oportunidades de melhorias e os avanços relacionados à segurança do paciente, reforçando a influência de fatores estruturais, organizacionais e relacionais em diferentes níveis e setores do hospital. Todas as categorias profissionais apresentaram visões semelhantes sobre as dimensões da cultura de segurança, com exceção do dimensionamento de pessoal, e o tempo de serviço na instituição influenciou a percepção de algumas dimensões, especialmente dimensionamento de pessoal e transições entre unidades, indicando que a experiência acumulada pode orientar a compreensão de aspectos estruturais e organizacionais da segurança do paciente.

De forma geral, os percentuais por dimensão evidenciaram duas dimensões classificadas como pontos fortes, seis em transição e quatro com oportunidades de melhorias, refletindo um cenário institucional em desenvolvimento, no qual potencialidades importantes coexistem com áreas que ainda demandam avanços. A cultura de segurança apresenta-se, portanto, em transição, marcada pelas potencialidades consolidadas em aprendizagem, liderança e trabalho em equipe e pelas oportunidades de melhoria relacionadas a investimentos estruturais, aprimoramento da

comunicação intersetorial e fortalecimento de práticas institucionais que incentivem a notificação e o tratamento construtivo dos eventos adversos.

Assim, os resultados fornecem subsídios para ações gerenciais e assistenciais voltadas ao aperfeiçoamento contínuo da segurança, fortalecendo o compromisso já demonstrado pelo hospital na consolidação de uma cultura institucional orientada pela qualidade, pelo aprendizado e pela segurança do paciente.

6. Referências

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. *Hospital survey on patient safety culture*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.

Disponível em: <https://www.ahrq.gov>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais Brasileiros – Ano 2023*. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/cultura-de-seguranca-do-paciente-2/RelatorioCSP2023.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Manual revisado da Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais Brasileiros: 2ª versão*. Brasília, DF: Anvisa, 2025. Disponível em: <link da plataforma ou repositório institucional onde o manual está hospedado>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Plano integrado para a gestão sanitária da segurança do paciente no Brasil: 2021–2025*. Brasília, DF: Anvisa, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/plano-integrado>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. ISBN 978-85-334-2130-1. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 43, 2 abr. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 32, 26 jul. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 10 nov. 2025.

CAMACHO-RODRÍGUEZ, D. E.; CARRASQUILLA-BAZA, D. A.; DOMINGUEZ-CANCINO, K. A.; PALMIERI, P. A. Patient safety culture in hospitals: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 5, p. 2970, 2022. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/21/14380> . Acesso em: 10 nov. 2025.

CAPUCHO, H. C. Liderança e visão estratégica para a garantia da qualidade e da segurança do paciente. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *A cultura de segurança e a abordagem sistêmica: iniciativas para melhorar as práticas de segurança do paciente*. Brasília: CONASS, 2021. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 8, cap. 17). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2021/12/L8-Cap17.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2025.

CRESWELL, J. W. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. Thousand Oaks, CA: Sage, 2009. Disponível em: https://www.ucg.ac.me/skladiste/blog_609332/objava_105202/fajlovi/Creswell.pdf . Acesso em: 14 nov. 2025.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. Designing and conducting mixed methods research. 2. ed. Los Angeles: SAGE Publications, 2011.

DA SILVA, H. D. C.; SILVA, B. A.; DA COSTA, R. A.; DOS SANTOS, A. L. G.; DA SILVA, W. B. O.; RICARDO, J. J. S. et al. A importância da cultura de segurança no ambiente hospitalar. *Brazilian Journal of Health*, 2025. Disponível em: <https://brjohealth.com/index.php/ojs/article/view/61>. Acesso em: 07 nov. 2025

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, v. 44, n. 3, p. 166–206, 1966. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>. Acesso em: 19 ago. 2025.

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. v. 1. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, Michigan, EUA: Health Administration Press; 1980.

DONABEDIAN, A.; WHEELER, J. R.; WYSZEWIANSKI, L. Quality, cost, and health: an integrative model. *Medical Care*, 1982, p. 975–992. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6813605/>. Acesso em: 07 nov. 2025.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139>. Acesso em: 07 nov. 2025.

GAMA, Z. A. da S.; SATURNO-HERNÁNDEZ, P. J.; RIBEIRO, D. N. C.; FREITAS, M. R.; MEDEIROS, P. J.; et al.

Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00026215, 2016.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/wc44Ptcs75zHzHcg59z8Bgj/?format=html&lang=pt>.

Acesso em: 8 jul. 2025.

HAAS, L. E.; GAEDKE, M. Â.; SANTOS, J. A. M.; et al. Cultura de segurança do paciente em serviços de alta complexidade no contexto da pandemia COVID-19.

Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 28, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cenf/a/3Scn99T3qMNfsWgJtB8fgSB/?format=html&lang=pt>.

Acesso em: 28 set. 2025.

International Atomic Energy Agency (INSAG). Safety Culture: A report by the International Nuclear Safety Advisory Group. Viena: INSAG; 1991. Safety Series No. 75-INSAG-4.

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.

MALKIEWIEZ, M. M. Avaliação da cultura de segurança do paciente e sua correlação com os incidentes de segurança notificados em um hospital universitário. 2025.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2025. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/265405>. Acesso em: 8 jul. 2025.

MEDEIROS, R. de O.; VIDAL, I. E.; SILVEIRA, A. C. dos S.; et al.

Segurança do paciente em ambientes hospitalares: cultura do erro ou cultura do cuidado. *Journal of Media Critiques*, [S.l.], v. 11, n. 28, p. 1–20, 2025. Disponível em:

<https://www.journalmediacritiques.com/index.php/jmc/article/view/386/244>. Acesso em: 5 nov. 2025.

ONDER, O.; COOK, W.; KRISTAL, M. Does quality help the financial viability of hospitals? A data envelopment analysis approach. *Socio-Economic Planning Sciences*, [S.l.], v. 79, p. 101105, 2022. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0038012121000975>. Acesso em: 6 jul. 2025.

PRATES, C. G.; CAREGNATO, R. C. A.; MAGALHÃES; et al. Patient safety culture in the perception of health professionals: a mixed methods research study. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 42, e20200418, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/vdPbrj9jhMVnrGHQmthMpTQ/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 6 jul. 2025.

REASON, J. *Human error*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

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

<https://www.scielo.br/j/csp/a/DvyWttQysxLyKhVSjdyF4Jf/abstract/?lang=pt>.

Acesso em: 5 nov. 2025.

REIS, C. T. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Rio de Janeiro: *Fundação Oswaldo Cruz*, 2013. Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/items/5c574f83-962c-4b91-9bb8-2555825f2368>. Acesso em: 5 nov. 2025.

REIS, C. T. et al. Reliability and validity of the Brazilian version of the HSOPSC: a reassessment study. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 8, e00246018, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2019.v35n8/e00246018/#>. Acesso em: 5 nov. 2025.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; ANDREOLI, P. B. de A.; NOGUEIRA JÚNIOR, C.; MARTINS, M. S. Questionário Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC) versão brasileira 2.0. Rio de Janeiro: *Fundação Oswaldo Cruz*, 2022. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/Artigo%20Proqualis%20HSOPSC%202.0%20version%20%281%29%20%281%29.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2025.

RODRIGUES, L. J.; ABBAS, K. Qualidade e eficiência técnica na assistência hospitalar: um estudo por meio do Modelo de Donabedian e da Análise Envoltória de Dados. *Advances in Scientific and Applied Accounting*, v. 18, n. 2, p. 61–78, 2025. Disponível em: <https://asaa.anpcont.org.br/asaa/article/view/1187>. Acesso em: 8 jul. 2025.

SÁTIRO, L. S. P.; RODRIGUES, C. C. F. M.; TIBÚRCIO, M. P.; OLIVEIRA, P. M. S.; SALVADOR, P. T. C. O. Percepção dos profissionais atuantes em um hospital universitário sobre a cultura de segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 29, e92456, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.92456>. Acesso em: 8 jul. 2025.

SILVA, H. D. C. da; SILVA, B. A.; COSTA, R. A. da; SANTOS, A. L. G. dos; SILVA, W. B. O. da et al. A importância da cultura de segurança no ambiente hospitalar. *Brazilian Journal of One Health*, [S. l.], 2025. Disponível em: <https://www.brjohealth.com/index.php/ojs/article/view/61/64>. Acesso em: 5 nov. 2025.

SOARES, D. Z.; INÁCIO, G. H.; SANTANA, C. N. S.; SOUZA, P. G.; AMARAL, P. P. B.; RAMOS, E. F. A segurança do paciente no contexto hospitalar: revisão de literatura. *Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, [S. l.], v. 16, n. 3, p. 8, 2024. Disponível em: <https://revista.cpaqv.org/index.php/CPAQV/article/view/2429>. Acesso em: 8 jul. 2025.

SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. Hospital survey on patient safety culture. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004. (AHRQ Publication No. 04-0041). Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/hospcult.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025

SOUSA, P.; MENDES, W. (orgs.). Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2. ed. *revista e ampliada*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2019. ISBN 978-85-8432-062-2. Disponível em:

<https://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2025.

SOUZA, L. V. S. A.; FAVRETTO, D. O.; CANTARELLI, K. J.; SILVA, M. S.; SILVA, A. T. G. Profile of patient safety incident notifications in a hospital institution. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 13, n. 3, p. e14913345371, 2024. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/45371>. Acesso em: 8 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Conceptual framework for the international classification for patient safety*. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2010.2>. Acesso em: 5 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva: WHO, 2021. ISBN 978-92-4-003270-5. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>. Acesso em: 5 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Patient safety: making health care safer*. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/patient-safety-making-health-care-safer>. Acesso em: 5 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Patient Safety Day 2023*. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, sept. 2023. Disponível em: <https://www.emro.who.int/media/news/world-patient-safety-day-2023.html>. Acesso em: 20 nov. 2025.

7. ANEXOS

ANEXO A – Declaração de Instituição e Infraestrutura

Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de Instituição

Co-Participante

Londrina, 02 de Setembro de 2024

Ilma. Sra. Profa. Dra. Alessandra Lourenço Cecchini Armani

Coordenadora do CEP/UEL

Senhora Coordenadora

Declaramos que nós, do(a) Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa "Reestruturação do Programa de Qualidade e Segurança do paciente em Hospital Universitário Público" sob a responsabilidade de Sheila Esteves Farias, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, até o seu final em 2027. Estamos cientes que as unidades de análise da pesquisa serão os documentos institucionais relacionados à qualidade e segurança, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 do CNS e complementares.

Atenciosamente,



Vivian Biazon El Reda Feijó
Diretora Superintendente
HU-UEL

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REESTRUTURAÇÃO DO PROGRAMA DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE E SUA INFLUÊNCIA NOS INDICADORES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO

Pesquisador: Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 81878524.2.0000.5231

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem Programa de Pós Graduação Doutorado

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.208.324

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2369099.pdf de 23/10/2024.

A elaboração de estratégias institucionais, baseadas na avaliação da cultura de segurança e na reavaliação dos processos de trabalho já instituídos, qualifica a assistência a saúde, e por conseguinte, a segurança do paciente, refletindo na redução de riscos e danos, sendo essencial para garantir um cuidado aos pacientes que seja efetivo, sistematizado e monitorado. A melhoria depende da necessária mudança da cultura de segurança dos profissionais, do uso de indicadores de qualidade, da existência de um sistema de registros alinhados à política de segurança do paciente instituída nacionalmente. A adoção de práticas de segurança do paciente é uma exigência regulatória, portanto, esforços constantes devem ser priorizados e promovidos na prática assistencial, desde a alta direção, até aos profissionais da assistência direta, com o intuito de proporcionar estrutura física, humana e organizacional com qualidade e quantidade que garantam continuamente a promoção da cultura de segurança na instituição e a satisfação dos colaboradores, pacientes e familiares. Diante do exposto o presente estudo tem como pergunta de pesquisa: A reestruturação do Programa de Qualidade e Segurança do Paciente (PQSP) influencia nos resultados dos indicadores hospitalares antes e após a sua

Continuação do Parecer: 7.208.324

reestruturação? Portanto, tem-se por objetivo avaliar a influência da reestruturação do Programa de Qualidade e Segurança do Paciente nos indicadores assistenciais em um hospital universitário público. Estudo de multimétodo, sequenciado, com aspectos avaliativos, que contará com três subprojetos, em consonância com os objetivos específicos estabelecidos, a fim de potencializar a quantidade de informações agregadas ao desenho de pesquisa, fortalecendo e elevando a qualidade das conclusões do estudo. A temática que irá percorrer está relacionada à reestruturação do Programa de Qualidade e Segurança do Paciente da instituição em estudo, a qual pretende-se identificar a cultura de segurança do paciente na instituição em estudo, na ótica da equipe de saúde e dos usuários (subprojeto 1). Na sequência, se faz oportuno descrever o processo de reestruturação do Programa de Qualidade e Segurança do Paciente (subprojeto 2). Dando seguimento ao projeto, pretende-se correlacionar os indicadores institucionais associados a qualidade e segurança e suas repercussões antes e após a reestruturação do Programa de Qualidade e Segurança do Paciente (subprojeto 3). O estudo será desenvolvido no período de 2024 a 2026.

-Tamanho da amostra: 3000 participantes

Objetivo da Pesquisa:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2369099.pdf de 23/10/2024.

OBJETIVO GERAL

- Avaliar a influência da reestruturação do Programa de Qualidade e Segurança do Paciente nos indicadores de um hospital universitário público.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Identificar a cultura de segurança do paciente na instituição em estudo, na ótica da equipe de saúde e dos usuários;
- Descrever o processo de reestruturação do Programa de Qualidade e Segurança do Paciente;
- Correlacionar os indicadores institucionais associados a qualidade e segurança e suas repercussões antes e após a reestruturação do Programa de Qualidade e Segurança do Paciente.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 7.208.324

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2369099.pdf de 23/10/2024.

Riscos: Riscos mínimos, devido ser prioritariamente documental. Quanto aos possíveis riscos que esta pesquisa poderá gerar, enquanto participante da pesquisa, serão mínimos, podendo ocorrer: Sentimento de coação para participação ou recusa; Necessidade de interrupção durante a avaliação do instrumento e Risco de estranhamento ao instrumento apresentado.

Benefícios: Diversos benefícios significativos, tanto para a instituição em estudo quanto para outras instituições que buscam melhorar seus processos de gestão da qualidade e segurança do paciente. Como a identificação de Aspectos Positivos e Oportunidades de Melhoria: A pesquisa permitirá a identificação clara dos pontos fortes no sistema de gestão da qualidade e segurança do paciente. E detectará também as áreas que necessitam de melhorias, possibilitando a criação de planos de ação específicos para enfrentar esses desafios. Modelo para Outras Instituições: Os resultados e metodologias apresentados podem servir como um modelo para outras instituições que desejam implantar ou aprimorar seus Programas de Qualidade e Segurança do Paciente (PQSP). E compartilhar essas práticas pode ajudar a elevar os padrões de segurança do paciente em um nível mais amplo. Avaliação de Limitações e Desafios: O estudo vai identificar as limitações e desafios da implementação de estratégias de segurança do paciente. Isso é crucial para compreender quais barreiras precisam ser superadas e onde concentrar esforços adicionais de pesquisa e desenvolvimento. Incentivo ao Envolvimento dos Trabalhadores: Espera-se encorajar os trabalhadores a assumir papéis significativos no avanço da segurança do paciente. Com maior envolvimento, os trabalhadores podem se sentir mais responsáveis pelas mudanças necessárias para uma assistência segura. Disseminação de Cultura de Segurança: A pesquisa pode favorecer a disseminação de uma cultura de segurança positiva em instituições de saúde. Assim como, instituições que visitarem o HU-UEL em busca de aprimoramento poderão aplicar as melhores práticas observadas, melhorando a qualidade e a assistência à saúde em seus próprios contextos. Ferramenta de Gestão: Os resultados da pesquisa poderão ser consultados e utilizados como uma ferramenta de gestão em outros serviços de cuidados ao paciente. Isso contribui para o valor agregado dos serviços prestados, transformando a instituição em um local não apenas de trabalho, mas também de desenvolvimento e aprendizagem contínuos. Desenvolvimento e Aprendizagem: Ao

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: csp268@uel.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 7.208.324

fomentar um ambiente de desenvolvimento e aprendizagem, a instituição se posiciona como um lugar de crescimento profissional e pessoal para seus trabalhadores. Isso pode aumentar a satisfação e a retenção de funcionários, além de promover um melhor atendimento aos pacientes. Esses benefícios demonstram que a pesquisa não só tem o potencial de melhorar significativamente o sistema de gestão da qualidade e segurança do paciente na instituição em estudo, mas também pode influenciar positivamente outras instituições, contribuindo para a melhoria geral da assistência à saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto maior relevante vinculado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem dividido em três outros projetos.

No subprojeto 1 que pretende identificar a cultura de segurança do paciente na instituição em estudo, na ótica da equipe de saúde e dos usuários: Trata-se de um estudo documental, descritivo, com base na análise de dados secundários resultantes da aplicação de dois instrumentos na instituição em estudo.

Subprojeto 2 que intenciona descrever o processo de reestruturação do Programa de Qualidade e Segurança do Paciente: trata-se de um estudo de intervenção, documental e descritivo, com base na análise de documentos institucionais, legislações e guidelines vigentes relacionados ao tema.

Subprojeto 3 - pretende-se correlacionar os indicadores institucionais associados a qualidade e segurança e suas repercussões antes e após a reestruturação do Programa de Qualidade e Segurança do Paciente: Trata-se de um estudo longitudinal e retrospectivo desenvolvido em hospital universitário público, para avaliar a influência da reestruturação do PQSP nos indicadores institucionais relacionados a qualidade e segurança.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresentou folha de rosto assinada pela coordenação do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UEL.
- Apresentou declaração de instituição coparticipante do Hospital Universitário de Londrina

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 7.208.324

- Apresentou instrumentos para coleta de dados.
- Apresentou projeto de pesquisa detalhado.
- Apresentou Termos de confidencialidade e sigilo das pesquisadoras.
- Cronograma: Coleta de dados prevista para 04.11.2024. Pesquisadora afirma que somente será iniciada a coleta de dados após parecer favorável do CEP.
- Orçamento: custeio no valor total de R\$ 6.800,00 com investimentos para análise de dados e estatísticos e submissão de artigos.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Prezada pesquisadora, após análise desta versão do protocolo, damos parecer favorável para continuidade da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresentá-lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 7.208.324

Coordenação CEP/UEL

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2369099.pdf	23/10/2024 17:36:20		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	23/10/2024 17:35:53	Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad	Aceito
Outros	DECLARACAO.doc	23/10/2024 17:31:56	Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad	Aceito
Outros	Manualrevisado.pdf	23/10/2024 17:22:00	Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	23/10/2024 17:21:03	Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad	Aceito
Outros	CONFIDENCIALIDADE.pdf	23/10/2024 17:18:44	Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJDETALHADO.docx	23/10/2024 17:15:47	Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPROJETO.doc	23/10/2024 17:14:54	Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

ANEXO C – E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar (HSOPS 1.0)

Este questionário solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e notificações de incidentes em seu hospital e tomará cerca de 15 minutos para ser preenchido.

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

- “Incidente” é definido como evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário para o paciente.
- “Segurança do paciente” é definida como redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde a um mínimo aceitável.

Este questionário é estritamente confidencial; todos os dados serão gerenciados respeitando rigorosamente a confidencialidade estatística.

Seção A - Sua área/unidade de trabalho

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.

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

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

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

Seção B - O seu supervisor/chefe

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Seção C – Comunicação

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Seção D - Frequência de eventos notificados

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

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

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

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

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

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

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

Seção E - O seu hospital

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Seção F - Informação adicional sobre seu Serviço/Unidade

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Seção G - Informações Gerais

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

☐ Péssimo ☐ Ruim ☐ Regular ☐ Bom ☐ Excelente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Seção H: Seus comentários

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