

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF**

FABIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICA DOS TRABALHADORES DE
SAÚDE SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO
HOSPITALAR.**

**Rio de Janeiro
2024**

Fabiana Nogueira de Oliveira

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICA DOS TRABALHADORES DE
SAÚDE SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO
HOSPITALAR.**

Dissertação de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio
de Janeiro – UNIRIO para Defesa de dissertação. Linha de
Pesquisa: Enfermagem: saberes e práticas de cuidar e ser
cuidado.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Renata Flávia Abreu da Silva
Coorientadora: Prof^ª. Dra. Vanessa de Almeida Ferreira
Corrêa

**Rio de Janeiro
2024**

Fabiana Nogueira de Oliveira

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR.

Dissertação de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO para Exame de Qualificação. Linha de Pesquisa: Enfermagem: saberes e práticas de cuidar e ser cuidado.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Renata Flávia Abreu da Silva

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa

**Rio de Janeiro
2024**

FABIANA NOGUEIRA DE OLIVEIRA**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR.**

Dissertação de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO para Defesa de dissertação. Linha de Pesquisa: Enfermagem: saberes e práticas de cuidar e ser cuidado.

APROVADA EM: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Professora Dr^a Renata Flavia Abreu Da Silva – UNIRIO

1^a Examinadora: Professora Dr^a Professora Dr^a Maria Cecília Bueno Jayme Gallani – Université Laval

2^a Examinadora: Professora Dr^a Sonia Regina De Souza - UNIRIO

Suplente: Professora Dr^a Beatriz Gerbassi Costa Aguar - UNIRIO

Suplente: Professora Dr^a Cristiane Helena Gallasch- UERJ

N Nogueira de Oliveira, Fabiana
CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICA DOS TRABALHADORES DE
SAÚDE SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR.
/ Fabiana Nogueira de Oliveira. -- Rio de Janeiro, 2024.
83

Orientadora: Renata Flávia Abreu da Silva.
Coorientadora: Vanessa Almeida Ferreira Corrêa.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado
do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
2024.

1. Segurança do paciente. 2. trabalhador da saúde. I.
Abreu da Silva, Renata Flávia, orient. II. Almeida
Ferreira Corrêa, Vanessa, coorient. III. Título.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida e por tudo! E por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo do curso.

Ao meu esposo Bernard por ser meu grande incentivador e parceiro para conseguir conquistar nossos sonhos. Essa conquista também é sua. Obrigada por me apoiar incansavelmente. Sua paciência, compreensão e carinho foram fundamentais para que eu pudesse manter o equilíbrio emocional e chegar até aqui.

Ao meu filho Gustavo por me ensinar desde cedo, principalmente, a gestão do tempo.

Aos meus pais e irmão, por me incentivarem e compreenderem os momentos de ausência para a realização desse estudo. Obrigada por me ensinarem a nunca desistir dos meus sonhos.

A minha sogra por ser uma segunda mãe e demonstrar todo o seu apoio nesse período.

Sou grata pela confiança depositada na minha proposta de projeto pela minha orientadora Prof^ª Dr^ª Renata Flávia e por me ensinar através do seu exemplo. Muitos aprendizados que levarei para a vida.

Agradeço a minha Co-orientadora Prof^ª Dr^ª Vanessa Correa pelas valiosas contribuições durante todo o processo.

Agradeço a Dra Helidea Lima, Ana Claudia Araujo e Vanessa Mello por me apoiarem e me permitirem viver esse grande sonho.

Não posso deixar de mencionar meus amigos de turma, que compartilharam comigo a jornada acadêmica e me ajudaram a enriquecer meu conhecimento com suas contribuições.

Por último, quero agradecer também à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, a banca examinadora e a todo o seu corpo docente.

“Uma pessoa é uma pessoa através de outras pessoas”.
Filosofia Ubuntu – Africana.

OLIVEIRA. F.N. Conhecimentos, atitudes e prática dos trabalhadores de saúde sobre a segurança do paciente no contexto hospitalar. 2024. 82f. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem). Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

RESUMO

A colaboração entre as equipes de trabalho é uma das maneiras de tornar possível a melhoria da qualidade do cuidado e da Segurança do Paciente, sejam estes profissionais de origem assistencial ou operacional. O foco do presente estudo são os trabalhadores da saúde, em referência aos profissionais das áreas operacionais, atuantes em instituições hospitalares e seus Conhecimentos, Atitudes e Prática em Segurança do Paciente. Para tanto, buscou-se este tipo de instrumento no intuito de se analisar o quanto de conhecimento e crenças sobre a Segurança do Paciente têm interferido na sua prática profissional. **Objetivo:** Analisar os Conhecimentos, Atitudes e Prática sobre a Segurança do Paciente na perspectiva dos trabalhadores de saúde considerando o contexto hospitalar. **Método:** O estudo se deu em duas etapas. Primeiro realizou-se a elaboração e coleta de evidências de validade de conteúdo do instrumento. Ancorou-se o instrumento em dados advindos de uma revisão integrativa e da participação em três eventos científicos sobre a temática na perspectiva dos trabalhadores da saúde. Definiu-se prioritariamente três eixos: conceito de Segurança do Paciente, cultura justa e cultura de segurança. Submeteu-se o instrumento a profissionais como painelistas para a análise dos itens e as suas evidências de validade do conteúdo foram baseadas na *Content Validity Ratio (CVR)* e em estatística descritiva com o uso do *Microsoft Office Excel®*. Posteriormente, submeteu-se o instrumento a trabalhadores de dez instituições hospitalares privadas e localizadas na cidade do Rio de Janeiro, entre outubro e dezembro de 2023. Estes dados foram tabulados e analisados por estatística descritiva e inferencial. Todos os aspectos éticos relacionados à pesquisas com seres humanos foram respeitados. **Resultados:** Na primeira etapa da coleta de dados participaram dezesseis painelistas e o CVR crítico definido ficou em 0.50, sendo este valor alcançado em todos os itens quanto à sua clareza, pertinência e redação. Houve sugestões dos painelistas para a maioria dos itens e o instrumento final compôs-se por dez itens, divididos conforme os domínios do inquérito Conhecimentos, Atitudes e Prática, e com padrão de respostas dicotômicas sim ou não. Participaram 351 trabalhadores da saúde distribuídos em dez hospitais privados do Rio de Janeiro, com média de idade de 38 anos, predominância do gênero feminino (68%,

n=239), ensino médio completo 46% (n=162) e tempo de experiência 47% (n=165) igual ou acima de cinco anos. Identificou-se as maiores conformidades nos domínios: Conhecimentos (99,7%) no eixo Segurança do Paciente; Prática (97%) no eixo Cultura Justa e Atitudes (95%) no eixo Cultura de Segurança do Paciente. Não houve associação significativa entre a conformidade aos itens e as variáveis tempo de experiência e escolaridade em eixo algum. **Conclusão:** Constatou-se que há uma lacuna de análise das características psicométricas das principais ferramentas de avaliação para a cultura de segurança em hospitais, na perspectiva dos trabalhadores da saúde e que a Segurança do Paciente ao ser operacionalizada nas organizações deve considerar não somente os Conhecimentos a serem abordados, mas buscar entender quais Atitudes encontram-se relacionadas à Prática estabelecida. Espera-se que esse estudo possa fomentar mais pesquisadores ir em busca de fortalecer o protagonismo dos trabalhadores na oferta de um serviço prestado ao paciente com qualidade e segurança.

Palavras-chave: Segurança do paciente, enfermagem, Conhecimentos, atitudes e práticas, estudos de validação, pessoal de saúde.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha do tempo Segurança do Paciente	20
Figura 2 - Conceito de Cultura de Segurança proposto por Reason.....	21
Figura 3 – Fluxograma para a seleção dos artigos.....	28
Figura 4 – Print do formulário enviado aos painelistas.....	33
Figura 5 – Participação dos Hospitais selecionados.....	46
Figura 6 -Histograma referente a relação de participantes	48
Figura 7 – Gráfico Quantil- Quantil da relação de participantes.....	48
Figura 8 – Resultado referente ao Eixo de Segurança do Paciente.....	50
Figura 9 - Resultado referente ao Eixo Cultura Justa.....	53
Figura 10 - Resultado referente ao Eixo Cultura de Segurança.....	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descritores e bases de dados	27
Quadro 2 - Distribuição dos estudos conforme autor, título e desenho.....	30
Quadro 3 - Descrição dos eventos e seus organizadores.....	31
Quadro 4 – Itens do instrumento CAP dos trabalhadores da saúde	32
Quadro 5 - Caracterização dos Hospitais participantes.....	34
Quadro 6 - Sugestões do painel de especialistas para cada item.....	41
Quadro 7 – Versão final do instrumento.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos painelistas	38
Tabela 2 - Itens do instrumento classificados em Conhecimentos, Atitudes ou Prática pelos painelistas.....	39
Tabela 3 - Análise dos itens pelos painelistas e o CVR.....	40
Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa dos participantes quanto a escolaridade...47	
Tabela 5- Frequência absoluta e relativa dos participantes por setor de atuação.....49	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	Agency for Healthcare Researt and Quality (Agência para Pesquisa e Qualidade do Cuidado à Saúde)
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAP	Conhecimentos, atitudes e prática
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPSI	Canadian Patient Safety Institute
CRV	<i>Content Validity Ratio</i>
CSP	Cultura de Segurança do Paciente
DP	Desvio Padrão
IOM	Institute of Medicine (Instituto de Medicina)
JCI	Joint Comission International
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PNSP	Plano Nacional de Segurança do Paciente
SP	Segurança do Paciente
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PROQUALIS	Centro Colaborador para Qualidade e Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	14
2. INTRODUÇÃO	15
PROBLEMATIZAÇÃO.....	16
OBJETO.....	17
OBJETIVOS.....	17
JUSTIFICATIVA.....	19
3. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	21
4. METODOLOGIA DA PESQUISA	31
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO	43
6. CONCLUSÃO	66
7. REFERÊNCIAS	68
8. APÊNDICE A	73
9. APÊNDICE B	76
10. ANEXO 1	80
11. ANEXO 2	81

1. APRESENTAÇÃO

Minha formação pela UNIRIO ocorreu em 2013 e minha primeira experiência profissional foi em um centro de terapia intensiva cardiológica. Após dois anos, concluí a especialização em enfermagem intensivista pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Durante a prática, percebi que não havia uma uniformidade no tratamento das lesões por pressão e sugeri a criação de um grupo que trabalhasse no foco de prevenção e tratamento dessas lesões. Na atuação desse grupo, eu tive uma aproximação junto ao núcleo de segurança do hospital por trabalhar diretamente com uma meta nacional de segurança e fui sendo imersa gradativamente no tema de segurança do paciente. Em 2017, fui convidada a ser responsável pelo núcleo de segurança da mesma instituição e em 2020 recebi um segundo convite para compor o time corporativo de qualidade e segurança da rede que administra o hospital.

Com as inquietações da prática profissional e com o objetivo de descobrir possíveis lacunas de conhecimento sobre o tema de segurança do paciente; ingresso como aluna especial na Disciplina Segurança do Paciente, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UNIRIO, aproximando de um sonho de voltar à Universidade. Durante as aulas, tive o *insight* sobre o tema de pesquisa e o desejo de aprofundar o conhecimento e as reflexões teóricas sobre a temática.

Em minha experiência percebo que os treinamentos estão voltados para o conhecimento dos trabalhadores de saúde, existe uma busca pelo conteúdo e não tem um diagnóstico referente às atitudes e as práticas. Além disso, a experiência profissional tem demonstrado que a frequência desses treinamentos é maior durante o processo de acreditação hospitalar. E após a conquista da certificação desejada? Os trabalhadores são lembrados e envolvidos nos aspectos de segurança, de forma contínua, na mesma intensidade?

Retornar a Universidade como aluna regular do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UNIRIO e ampliar os conhecimentos sobre o tema é um sonho parcialmente realizado. Ingressar na linha de pesquisa e participar das discussões proporcionadas, buscando atender o seu nível de exigência, tem proporcionado mudanças na prática e um desejo crescente de formar novos colegas de profissão com esse olhar.

2. INTRODUÇÃO

O relatório “Errar é humano” do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos, despertou nas instituições de saúde o desafio crescente de melhorar a Segurança do Paciente (SP), desde a sua publicação há pouco mais de vinte anos (ROMERO, 2018). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2021), a Segurança do Paciente (SP) é

Um quadro de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes no cuidado de saúde que, de forma consistente e sustentável, reduz os riscos, a ocorrência de danos evitáveis, a probabilidade de ocorrência de erros e o impacto dos danos quando eles ocorrem (OMS, 2021, p. 4).

Desenvolver políticas que apoiem a implementação do conceito de SP nas instituições de saúde, perpassa por estimular um trabalho colaborativo e ações, a partir de conhecimentos científicos e experiências dos pacientes; promoção do aprendizado através dos dados; e o fomento a uma cultura de segurança (FIOCRUZ, 2021).

A cultura de segurança do paciente (CSP) refere-se às crenças, valores e normas compartilhadas, por todos os funcionários de uma organização, que influenciam a promoção da SP por meio de suas ações e comportamentos. A CSP pode ser medida mediante o que é recompensado, apoiado, esperado e aceito referente a SP em uma organização (YOUNT et al, 2021).

A mudança na cultura de segurança das organizações surge a partir do conhecimento dos profissionais de saúde em identificar, prevenir e reverter os erros; sendo impossível estabelecer uma cultura de segurança sem o envolvimento coletivo. Destaca-se também a importância da notificação de incidentes relacionados à saúde como uma ferramenta fundamental na melhoria da SP, por meio das medidas que são geradas a partir das notificações (OLIVEIRA et al, 2017; VIDAL et al, 2021). Mascarenhas e colaboradores (2019) identificaram as principais causas de subnotificação de eventos adversos em um hospital público do Sul do Brasil (BR) e os autores destacaram a fragilidade dos trabalhadores da saúde sobre o conhecimento acerca da SP. Eles concluíram que há necessidade de desenvolver estratégias de ações educativas para aprimorar o conhecimento sobre o tema e, conseqüentemente, aumentar a adesão à notificação de eventos adversos em saúde.

Uma série de razões podem impactar o sistema de notificações e aprendizagem a partir das suas análises, dentre elas: a falta de engajamento, a falta de transparência, a

qualificação insuficiente das lideranças e a incapacidade de investigar adequadamente as notificações (FIOCRUZ, 2021).

O relatório “*Administrative Errors*” da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) citou que muitos atrasos de diagnóstico médico são decorrentes de falhas no sistema em sinalizar os testes anormais dos pacientes. O relatório ainda apresenta que esses eventos são frequentemente categorizados, não demonstrando as falhas administrativas como causa raiz. Apesar do relatório ter o foco nos serviços de atenção primária, os aspectos abordados são factíveis de acontecer dentro do serviço hospitalar. Os autores Cox e Holden (2007) corroboram com essa afirmação, demonstrando que até 67% dos incidentes classificados como erros de comunicação no ambiente hospitalar têm como causa falhas administrativas.

A Resolução 218 de 6 de março 1997 do Conselho Nacional de Saúde, reconhece como profissionais de saúde as seguintes categorias de ensino superior: assistentes sociais; biólogos; profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Contudo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que todos os funcionários têm um papel importante no nível de qualidade de um serviço de saúde, e denominou o termo trabalhadores da saúde para todos os profissionais que se dedicam aos serviços de saúde ou prestam apoio a essas atividades (OMS, 2021; *European Patients forum*, 2021). Reiterando o assunto, a OMS vem desenvolvendo estratégias, incluindo seminários, para maximizar a contribuição da equipe que presta apoio às atividades de saúde, considerando como fundamental para determinar as transformações necessárias nos serviços de saúde e, conseqüentemente, seus resultados (OMS, 2022).

Salienta-se, portanto, que o presente estudo irá considerar a expressão “trabalhador da saúde” por esta pesquisa ter o seu olhar voltado aos trabalhadores da saúde, ou seja, aqueles que não são considerados profissionais de saúde, mas se dedicam e apoiam os serviços de saúde.

2.1. Problematização

Vincent e Amalberti (2016) destacam a importância de não limitar a expressão “linha de frente” aos profissionais que estão em contato direto com o paciente, mas também a todos aqueles que a influenciam e a afetam por meio das suas atividades diárias. Os autores exemplificam esse conceito por meio do processo de gerenciamento de leitos, que envolve profissionais de várias áreas e, se realizado de forma segura, evita que um paciente seja alocado de forma tardia e/ou em alguma unidade onde os profissionais não sejam proficientes com as suas necessidades.

Conforme o *Institute of Medicine* (2001), as organizações de saúde precisam criar e manter equipes de trabalho eficazes. Isso é possível por meio da colaboração entre os membros da equipe, o que não significa apenas olhar a eficiência de cada profissional, no ponto de vista das suas próprias tarefas. O texto traz como exemplo a admissão de um paciente com fratura de quadril na emergência. A equipe de médicos e enfermeiros podem realizar todo o atendimento necessário, mas precisarão de outros profissionais para a realização de exames, internação e preparo do quarto para que o paciente fique mais confortável à espera da cirurgia. Com a coordenação das tarefas de cada componente da equipe, os atrasos podem ser reduzidos, melhorando a qualidade do cuidado, a segurança e a experiência do paciente (IOM, 2001).

Os trabalhadores da saúde por vezes envolvem-se nos processos assistenciais voltados à SP de forma indireta, porém os processos que os envolvem podem trazer desfechos diferentes dos idealizados pelos gestores das instituições de saúde.

Autores que se propuseram a mensurar a cultura de segurança nos hospitais, os trabalhadores da saúde apresentaram pontuações mais baixas ao avaliar a dimensão da cultura de segurança institucional. Isso porque, apesar dos trabalhadores da saúde estarem envolvidos de forma essencial na oferta de uma assistência de qualidade e segura, é comum vivenciarem sentimentos de desvalorização. A falta de integração entre as equipes, impacta diretamente na sua satisfação do trabalho e no desenvolvimento das suas atividades (BARATTO et al, 2020).

Diante da incerteza do entendimento dos trabalhadores da saúde aos instrumentos de avaliação de cultura de segurança mais utilizados no Brasil, dos seus sentimentos de desvalorização e falta de integração nas equipes (BARATTO et al, 2020); somados a falta de estudos que explorem a temática na perspectiva desses trabalhadores, conforme identificado na revisão desenvolvida neste estudo para a elaboração do instrumento; e no

contexto da minha atual profissão, percebo a necessidade de integrar os trabalhadores da saúde e sensibilizá-los com informações que atendam a sua literacia e seja mais objetivas, a partir do diagnóstico situacional entre os conhecimentos, atitudes e prática sobre a Segurança do Paciente no contexto hospitalar.

No intuito de se analisar o quanto o conhecimento e as crenças sobre determinada temática interferem na prática profissional, tem sido priorizado o inquérito com foco nos Conhecimentos, Atitudes e Prática (CAP). Tal método tem como princípio que uma prática é adotada por meio de um conhecimento adquirido que gera uma atitude favorável (OLIVEIRA et al, 2020).

2.2 Objeto de pesquisa

Diante do exposto, este estudo traz a seguinte questão de pesquisa: Quais são os Conhecimentos, Atitudes e Prática sobre a Segurança do Paciente dos trabalhadores de saúde no contexto hospitalar?

O questionamento corrobora com a primeira estratégia do Plano de Ação Global da Segurança do Paciente 2021-2030: engajar todos os que participam do planejamento e/ou da prestação de cuidados em busca do dano zero (OMS, 2021).

Para atender ao objeto proposto, determinou-se os seguintes objetivos:

2.3 Objetivos

Geral:

- Analisar os Conhecimentos, Atitudes e Prática sobre a Segurança do Paciente na perspectiva dos trabalhadores de saúde considerando o contexto hospitalar.;

Específicos:

- Elaborar e validar um instrumento que mensure os Conhecimentos, Atitudes e Prática sobre a Segurança do Paciente dos trabalhadores de saúde no contexto hospitalar;
- Comparar os Conhecimentos, Atitudes e Prática de diferentes categorias dos trabalhadores de saúde;
- Verificar se as variáveis demográficas e laborais influenciam os Conhecimentos, Atitudes e Prática dos trabalhadores de saúde.

2.4 Justificativa

A NHS *Education for Scotland* (2023) elaborou cartilhas para trabalhar a cultura de segurança dentro das instituições de saúde, abordando aspectos importantes que corroboram a ideia de integração dos profissionais. Esses documentos enfatizam que, embora entendamos nossa contribuição para a segurança, é mais difícil perceber as contribuições dos outros, especialmente “daqueles mais distantes da ponta afiada da segurança”, fazendo menção aos trabalhadores da saúde. O documento ainda recomenda perguntas do tipo “Os outros entendem como seu trabalho contribui para a segurança?”, “Você entende como os outros contribuem?”, “Como podemos melhorar a compreensão de nossas contribuições para a segurança?” sejam provocadas pelas lideranças no dia a dia.

Ao abordar o processo laboral dos trabalhadores da saúde sob o paradigma da SP, os instrumentos mais utilizados para medir a cultura e o clima de segurança institucional, *Hospital Survey On Patient Safety Culture - HSOPS* e o *Safety Attitudes Questionnaire - SAQ*, tiveram baixa participação dos trabalhadores da saúde em sua tradução e validação no Brasil (REIS, LAGUARDIA, MARTINS, 2012; CARVALHO, CASSIANI, 2012). Além disso, a falta de referências sobre o inquérito CAP relacionados à temática para esse público, motivou a elaboração dessa pesquisa para aproximar os trabalhadores da saúde ao tema e valorizá-los como parte fundamental na assistência prestada.

Equipes integradas na prestação dos serviços de saúde podem aprimorar a eficiência e a efetividade da prestação de cuidados. A integração dos processos operacionais pode prevenir interrupções e correções referentes a dispensação de medicamentos, materiais e disponibilidade de equipamentos (TUCKER E SPEAR, 2006). Todavia, para que o trabalho em saúde seja impactado pelo paradigma da Segurança do Paciente, há de se investir em uma mudança de cultura institucional e em formas de acompanhar/monitorar esse processo.

Uma outra pesquisa buscou a opinião de médicos e enfermeiros no âmbito hospitalar sobre as atividades que eles consideravam que desperdiçam o seu tempo. Destacou-se a opinião de enfermeiros sobre o tempo gasto na busca de equipamentos; e na espera da coleta e resultado de laboratório (BAGHERI, GHAHRAMANI, ROOZITALAB, ZAKERI; HONARVAR, 2019).

Pensando na relevância da temática e na integração proposta pela OMS, considera-se os resultados advindos desta pesquisa e o produto associado, podem constituir-se de uma ferramenta importante no desenvolvimento de ações educativas e intervenções mais assertivas abordando a SP. Poderá aproximar os trabalhadores da saúde das reflexões geradas a partir da produção de evidências científicas e sensibilizar os gestores das instituições de saúde no desenvolvimento de ações que integrem os trabalhadores da saúde na temática sobre segurança do paciente.

Este estudo articula-se à linha de pesquisa Segurança do Paciente e Assistência Cardiovascular em Diferentes Cenários de Atenção à Saúde, do Grupo de Pesquisa CNPQ: Enfermagem e a Saúde da População.

3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A seguir apresentaremos todos os conceitos que foram pesquisados e baseiam o desenvolvimento do estudo.

3.1 A Segurança do Paciente: breve histórico e contexto atual.

As organizações que prestam serviços de saúde continuamente se preocupam em oferecer um atendimento com qualidade. Entendendo que esse conceito é multidimensional, as instituições trabalham para entregar um cuidado de acordo com as dimensões da qualidade, definidas pelo *Institute of Medicine* (IOM): com segurança, efetivo, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equitativo (IOM, 2021).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP) e a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023), durante a prestação de cuidados 4 a cada 10 pacientes sofrem algum dano e a cada ano cerca de 2,6 milhões de pacientes morrem por eventos adversos. A OMS (2009) define esses eventos como “um incidente que resulta em dano evitável a um paciente.”

Desde Hipócrates, o pai da medicina, já se discute sobre o conceito de evitar o dano, com a declaração *Primum non nocere*. Acrescenta-se a isso uma perspectiva atual sobre a necessidade diária do gerenciamento de riscos para oferecer o tratamento de menor risco e melhor resultado (ATTIA, 2023).

Florence Nightingale, durante a guerra da Criméia em 1854, analisou os dados de mortalidade dos soldados e percebeu que muitos estavam morrendo por complicações adquiridas no hospital, apresentando uma taxa mais elevada do que os soldados que estavam no campo de batalha. Essa análise despertou ações para melhorar a higienização das mãos e aprimorar os cuidados de saúde, e conseqüentemente, reduzir a taxa de mortalidade no hospital (Reis, 2013).

O relatório *Errar é Humano*, do IOM, foi um grande marco na história da SP. O documento, publicado em 1999, apontou a incidência de eventos adversos, por meio de análises retrospectivas de prontuários de pacientes que internaram em Hospitais dos Estados Unidos (ANVISA, 2014).

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, valorizando a Segurança do Paciente (SP), por meio da priorização de áreas a nível mundial. Dessa forma, surgiram as seis metas internacionais

de segurança, a saber: identificação correta, comunicação efetiva, melhorar a segurança dos medicamentos, cirurgia segura, prevenir infecções e prevenção de queda (NASCIMENTO, 2015). Em 2009, foi elaborada a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS), com a finalidade de definir os conceitos e facilitar as discussões, a nível mundial, sobre a temática de SP (ANVISA, 2014).

Paralelo a todo esse movimento, o Brasil desenvolve iniciativas para fomentar uma prestação de cuidados mais seguros. Em 1997, o Ministério da Saúde objetivando a existência de um processo contínuo de educação, avaliação e certificação de qualidade das instituições de saúde, desenvolve um projeto de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 1998). Em 1999, através da Lei 9.782, é criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Já em 2002, surge a Rede Sentinela formada por um conjunto de Hospitais interessados em gerenciamento de riscos à saúde, uso racional de tecnologias e vigilância sanitária (BRASIL, 2011).

A enfermagem brasileira também tem seu protagonismo nessa linha histórica. Em 2008, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) foi criada como estratégia de cooperação entre as instituições ligadas à saúde, para discutir e reforçar práticas de assistência de enfermagem segura e com qualidade (REBRAENSP, 2013).

Em 1º de abril de 2013, ocorreu um importante marco para a Segurança do Paciente no Brasil: a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529/MS. O PNSP tem quatro eixos: estimular a prática assistencial segura; envolver o cidadão na sua segurança, incluir a temática de SP no ensino e fomentar pesquisas sobre o tema (BRASIL, 2013).

A criação do PNSP tornou a SP uma linha estratégica de atuação nas instituições de saúde, após entenderem que reduzir danos evitáveis é um processo que necessita de uma abordagem sistêmica. Isso inclui considerar as ações de todos os trabalhadores, os quais dentro das suas atividades contribuem de alguma forma para tornar o cuidado mais seguro. Portanto, torna-se de responsabilidade da instituição o esforço de integrar todos os sistemas, incluindo os de apoio, e desenvolver profissionais que, em sua atividade diária, atuem fundamentados em padrões que respeitem a SP (AMALBERTI et.al, 2018; VINCENT, 2009). Nesse contexto, Bittar (2000) simplifica a definição de processos administrativos/apoio como aqueles que servem de apoio aos demais processos e não estão relacionados diretamente na prestação de cuidados aos pacientes.

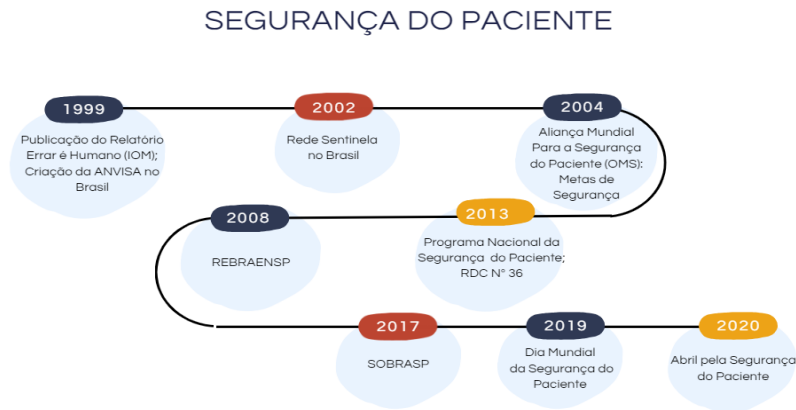
Ainda em 2013, através da RDC nº 36 (25/07/2013), tornou-se obrigatória a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente nas instituições de saúde, com o objetivo de promover e apoiar ações de SP e dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: identificação do paciente, comunicação efetiva, segurança na prescrição, prevenção de quedas; identificação do paciente; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura, prática de higiene das mãos e úlcera por pressão (BRASIL, 2013). Essa ação fomentou a discussão sobre a SP dentro e fora das organizações, de maneira colaborativa.

Destaca-se também o protagonismo da Sociedade Brasileira para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP), foi fundada em 2017, por um grupo multidisciplinar de profissionais atuantes na assistência, gestão e pesquisa de diversos Estados do Brasil. Sua visão é “influenciar e integrar pessoas e organizações em prol da qualidade do cuidado e segurança do paciente, promovendo uma abordagem sistêmica...” (SOBRASP, 2017).

Em 2019, durante a 72ª Assembleia Mundial da Saúde, a OMS define o dia 17 de setembro como o Dia Mundial da Segurança do Paciente, visando divulgar entre todos os órgãos governamentais, a importância das práticas de segurança dentro dos serviços de saúde (ANVISA, 2023).

Desde 2020, a SOBRASP lança a Campanha Abril pela Segurança do Paciente, fomentando que as instituições no mês de abril demonstrem as estratégias desenvolvidas para promover a SP (SOBRASP, 2023).

Para ilustrar os marcos históricos da SP, os eventos foram resumidos em forma de linha do tempo, conforme figura 1.

Figura 1 – Marcos Relevantes da Segurança do Paciente

Fonte: elaborado pela autora (2023)

3.2. Cultura de Segurança do Paciente

A expressão “cultura de segurança” foi utilizada pela primeira vez no relatório realizado após o incidente na Central Nuclear de Chernobyl, em 1986, pelo Grupo Consultivo Internacional de Segurança Nuclear (INSAG) (AYOB, HASSAN, HAMID, 2022). De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a CSP define o quanto a organização é comprometida em priorizar a SP, utilizando os erros como fontes de aprendizado e melhorias (ANVISA, 2021).

Ao longo desses anos, têm-se observado as possíveis influências na CSP, tais como: sistemas de gestão organizacional, políticas e procedimentos, pressões de trabalho, treinamento, envolvimento dos funcionários na tomada de decisões e percepções e atitudes em relação ao ambiente de trabalho (AYOB, HASSAN, HAMID, 2022).

Para Patrick e colaboradores (2019), além dessas variáveis, destacam-se a influência da cultura a nível nacional devido às condições econômicas em que a organização funciona em determinado país, a oferta de mão-de-obra e o próprio sistema de gestão. Entretanto, apesar de reconhecer esses fatores, Cooper (2018) defende que a CSP é o fruto da dinâmica das relações entre as percepções, as atitudes e o comportamento diário dos funcionários sobre como operacionalizar as metas de segurança de determinada instituição e sobre a qualidade dos sistemas da organização para apoiar esse

comportamento esperado. O autor enfatiza que o objetivo das organizações não deve ser em mudar os valores e as crenças das pessoas, mas garantir processos que demonstrem sinergia com os comportamentos que são exigidos em relação a segurança, exemplificando como um princípio “otimizar a situação para otimizar o comportamento” (COOPER, 2018, p.144).

De acordo com o modelo de Reason (1998) a CSP depende de uma cultura de notificação, a qual é sustentada por uma cultura justa e necessita de uma cultura flexível e que, por sua vez, exige uma cultura de aprendizagem, conforme ilustrado pela figura 2.

Figura 2 – Conceito de Cultura de Segurança proposto por Reason (1998)



Fonte: elaborado pela autora (2024)

Mediante esse modelo e a definição proposta pela ANVISA, o constructo utilizado neste estudo para abordar a CSP foi sobre a notificação de incidentes.

Criar uma CSP se tornou um dos pilares para garantir a SP. Trata-se de permitir que os serviços de saúde abandonem a ideia de exigir um desempenho profissional livre de erros e afastar a cultura de culpar, impedindo o reconhecimento dos erros e a possibilidade de aprender com eles (NIEVA e SORRA, 2003). Ayob, Hassan e Hamid (2022) corroboram com essa abordagem para enfatizar a melhoria da CSP nas organizações, a fim de identificar o seu nível de maturidade, independente das classificações utilizadas.

Nesse contexto, a liderança das instituições de saúde tem um papel fundamental para impulsionar a CSP, pois é ela que abre os caminhos, cultiva e sustenta a jornada rumo à excelência. Isso ocorre pela da definição da visão, do fornecimento de recursos e do monitoramento contínuo dos esforços para fortalecer a cultura de segurança (COOPER, 2018).

Na prática cotidiana da área hospitalar, a aplicação de questionários que medem a CSP tem sido um dos primeiros passos seguidos pelas instituições de saúde para obterem um diagnóstico situacional. Os seguintes instrumentos se destacam entre aqueles utilizados para medir a cultura de segurança em organizações de saúde: *Hospital Survey on Patient Safety Culture* - HSOPS; Questionário de Atitudes de Segurança - SAQ e Segurança do Paciente Manchester - MaPSAF (Hodgen, Ellis, Churruca & Bierbaum, 2017). Embora esses instrumentos tenham sido elaborados para compreender as percepções e interfaces entre profissionais de saúde e trabalhadores da saúde; em seu processo de tradução para o Brasil e validação, eles focaram na perspectiva dos profissionais de saúde, fato que motivou esse estudo a não utilizar esses instrumentos e optar pela construção nos moldes do Inquérito Conhecimentos, Atitudes e Prática.

3.3. Os trabalhadores da saúde no contexto da segurança do paciente

O documento referência para o PNSP exemplifica a Teoria do Queijo Suíço de James Reason, descrevendo que os eventos adversos não são desencadeados por profissionais ruins, mas por sistemas que foram desenhados de forma incorreta, gerando resultados que não eram os esperados. O documento ainda sugere trocar “os modelos de cuidado baseados na excelência do desempenho individual” para modelos de cuidado baseados no resultado colaborativo da equipe (BRASIL, 2013).

Hinrichsen (2012) descreve que sempre existirão riscos durante a assistência oferecida ao paciente, sejam eles definidos como clínicos (focados no paciente decorrentes de cuidados diretos ou indiretos) ou não clínicos (por exemplo, ligados a estrutura física, fornecimento de água potável e energia elétrica, gerenciamento de resíduos perigosos, equipamentos médicos, higienização, entre outros).

A OMS não limita o termo falhas administrativas aos resultados não esperados oriundos apenas dos processos administrativos do hospital (recepção, por exemplo). Mas reconhece a amplitude do termo, exemplificando por meio de situações que envolvem diversos riscos não clínicos: etiquetagem de algum produto com informações incorretas;

a formatação de prontuário informatizado com fragmentação de registros; agendamento incorreto de exames e/ ou procedimentos, entre outros. (OMS, 2016).

Sob o ponto de vista de Romero e colaboradores (2018), todos os membros de uma instituição hospitalar são vulneráveis a erros. Mendes (2016) enfatiza a tradução errônea do termo “medical error” para erro médico, não levando em consideração erros de qualquer profissional de saúde, incluindo os profissionais que não têm contato direto com o paciente. O estudo *Harvard Medical Practice Study* traz o conceito de evento adverso como uma lesão não intencional causada pela gestão dos cuidados em saúde, corroborando a ideia de que todos os níveis e tarefas realizadas na instituição de saúde podem comprometer a Segurança do Paciente (SCHWENDIMANN, R. et.al, 2018).

Uma pesquisa recente, realizada com 630 trabalhadores da saúde, avaliou a CSP de um Hospital no Sul do Brasil, constatando que os trabalhadores da saúde apresentaram resultados menores comparados à equipe de enfermagem e demais profissionais em alguns aspectos, principalmente no clima de segurança da instituição. Reiterando que muitas ações de estímulo à adesão às práticas de segurança ainda são voltadas apenas para profissionais assistenciais (KOLANKIEWICZ, et al; 2020).

Baratto e colaboradores (2021) ao compararem a CSP entre os trabalhadores de saúde e os profissionais de saúde, identificou uma menor valorização dos trabalhadores de saúde em relação a abertura de comunicação, inferindo que a causa está atrelada a uma insatisfação devido ao sentimento de desvalorização pelas atividades realizadas.

Um estudo realizado no Canadá sobre a percepção de CSP pelos trabalhadores atuantes no setor de laboratório demonstrou que, apesar de 90% dos participantes indicarem que a segurança é algo importante, 40% afirmaram que sempre usam os equipamentos de proteção individual (EPI) durante a realização das suas atividades (AYI e HON, 2018). Outro estudo focou nos trabalhadores da limpeza hospitalar e identificou que a transferência de informação obteve o menor escore na avaliação da CSP (MEHRIFAR, 2023).

Ratwani e colaboradores (2023) analisaram 450 relatórios de notificação de incidentes relacionados a equipamentos e dispositivos médicos na Pensilvânia. Eles identificaram a prevalência de incidentes relacionados aos alarmes das bombas de infusão (49 casos), enfatizando a necessidade de envolver os responsáveis pelo monitoramento desses equipamentos às práticas de segurança.

Célio e colaboradores (2018) enfatizaram a importância da colaboração interprofissional para promover uma melhor comunicação entre os profissionais, um

sistema de saúde mais seguro, uma maior satisfação no trabalho, um melhor aproveitamento dos recursos e, conseqüentemente, a melhora na qualidade do atendimento. Reiteram que isso só é possível por meio de uma educação interprofissional, ou seja, a capacitação dos profissionais de diferentes formações para colaborarem uns com os outros, nas suas atividades diárias.

3.4. Inquérito Conhecimentos, Atitudes e Prática (CAP).

Antes de abordar sobre o inquérito CAP em si, será apresentado a Teoria da Ação Racional (TAR) para fundamentar a escolha do inquérito CAP neste estudo.

A Teoria da Ação Racional foi desenvolvida em 1960 e admite que o comportamento é fruto de escolhas conscientes do indivíduo, quando tem a intenção de fazê-lo. Além da variável da intenção, outras duas variáveis têm influência no comportamento: as atitudes e as normas subjetivas (MOUTINHO e ROAZZI, 2010). Os autores esclarecem que a relação entre o comportamento e a intenção dependerá da força desta e da sua estabilidade. Já a atitude demonstra a favorabilidade, ou não, do indivíduo à ação, e as normas subjetivas são definidas pela percepção do indivíduo sobre a pressão do ambiente em relação a determinado comportamento. Matthew e colaboradores (2009, pág.203) exemplificam essas relações:

“se as pessoas avaliam o comportamento sugerido como positivo (atitude) e se pensam que os outros querem que elas executem o comportamento (norma subjetiva), isso resulta numa intenção mais elevada (motivação) e é mais provável que executem o comportamento.”

O objetivo da TAR é compreender e prever o comportamento, identificando fatores que diferenciam indivíduos que adotam determinado comportamento dos que não o fazem, seja por variações sociodemográficas ou de personalidade (PASQUALI, 1996).

Conforme proposto por Pasquali (1996), optou-se por não utilizar um instrumento de medida baseado na TAR, porque este estudo não objetivou avaliar um comportamento específico com a população estudada.

Convergindo com a TAR, o inquérito Conhecimento, Atitudes e Prática (CAP) é baseado na teoria que as pessoas agem de acordo com seus valores e crenças. Tem sido muito utilizado nos estudos da saúde, sendo considerada uma importante ferramenta para planejar e realizar intervenções no campo da saúde. Oliveira e colaboradores (2020) exemplificam que o *Conhecimento* é atribuído a aquisição e retenção de informações, somado a habilidade de aplicar o conhecimento adquirido na resolução de problemas; *Atitude* como reação às situações de acordo com o ponto de vista individual, influenciado

Comentado [FN1]: Profª Cecília: Referencial do CAP para sustentar o instrumento

por opiniões, experiência, lembranças e, por sua vez, a *Prática*, a forma que uma pessoa aplica os conhecimentos para a tomada de decisão. Para Cooper (2018), à medida que a prática desejada se torna habitual, as atitudes se tornam mais positivas.

O inquérito CAP surgiu no campo do planejamento familiar na década de 1950 e, ao longo dos anos, tem sido usado para investigar comportamentos de saúde de forma ampla (PETEL, 2022).

Andrade e colaboradores (2020) destacam razões importantes para realizar um estudo por meio do inquérito CAP: identificar o conhecimento básico, equívocos, crenças e comportamentos relacionados a determinado tema; além de sugerir programas educativos mais específicos, capazes de trazer a reflexão de circunstâncias locais, cultura e fatores que podem influenciar os Conhecimentos, as Atitudes e a Prática dos participantes.

O inquérito CAP permite um diagnóstico sobre determinado tema, por meio da identificação de problemas, com o objetivo de realizar intervenções apropriadas, sendo o primeiro passo para a sua aplicação, identificar o assunto que será estudado. Pontua-se a necessidade de especificação da forma pela qual as perguntas foram elaboradas, seguida da análise das evidências de validade do instrumento (KALIYAPERUMAL, 2004; FÜRR; BACHARACH, 2013).

Para desenvolver o estudo, é necessária uma base teórica para a criação do instrumento estruturado (na maioria das vezes), contendo um título, uma breve introdução com instruções para os participantes, uma seção que coleta informações sociodemográficas e a seção principal contendo as perguntas e/ou afirmações para as quais se esperam respostas sobre conhecimentos, atitudes e práticas. Para elaborar o instrumento, os itens podem ser apresentados na forma de perguntas ou afirmações, não sendo necessário separá-los no enquadramento de Conhecimentos, Atitudes e Prática, porque pode haver sobreposição entre os itens. (ANDRADE, MENON, AMEEM, KUMAR, 2020).

Petel (2022) orienta os cuidados ao preparar o instrumento no âmbito de “atitudes”. Os participantes podem tender a responder o que geralmente seria aceitável e valorizado. O pesquisador precisa ser cauteloso na análise e interpretação dos dados, correlacionando com os demais eixos.

A literatura científica indica que os resultados de um estudo que utiliza o inquérito CAP, direcionam programas educativos ou de intervenção na população de interesse de forma mais eficaz (ANDRADE, MENON, AMEEM, KUMAR, 2020).

4. MÉTODO

4.1. Desenho

O estudo ocorreu em duas etapas, a saber: elaboração e validação de instrumento que medisse os Conhecimentos, Atitudes e Práticas dos trabalhadores da saúde em Segurança do Paciente no contexto hospitalar; e aplicação do instrumento para a coleta de dados com trabalhadores da saúde no contexto referido. Utilizou-se o inquérito Conhecimentos, Atitudes e Prática (CAP), método amplamente utilizado em pesquisas na área da saúde, que permite a avaliação das percepções, vontade e disposição para práticas de determinado tema. Para a elaboração do método, é necessário seguir algumas etapas: definição do tema, elaboração e validação das perguntas, e análise dos dados (DE OLIVEIRA et al, 2020).

Para a elaboração do instrumento e análise de suas evidências de validade, procedeu-se a um estudo psicométrico, ou seja, um estudo que objetivou avaliar se o instrumento de pesquisa definido era capaz de avaliar o fenômeno pretendido (AERA, 2014). Estudos com esse escopo afirmam que para que seja considerado útil, o instrumento utilizado deve apresentar boas evidências de propriedades psicométricas (FURR; 2014). Durante o processo de construção do instrumento foi elaborada uma revisão integrativa, a partir da estratégia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalysis* (PRISMA) para a análise da qualidade metodológica.

A segunda etapa tratou-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, que aplicou o inquérito Conhecimentos, Atitudes e Prática (CAP) nos trabalhadores da saúde e seguiu as diretrizes da iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* – STROBE (STROBE, 2007).

4.2. 1ª etapa - Elaboração do instrumento CAP sobre Segurança do Paciente.

A fundamentação teórica para a elaboração dos itens do instrumento CAP sobre segurança do paciente, baseou-se em uma revisão integrativa, participação em evento científico pela pesquisadora responsável, experiência prévia das pesquisadoras sobre a temática em apreço e a consulta a um grupo de profissionais especialistas na área.

A revisão foi realizada a partir da estratégia *Patient-Interest-Context* (PICO) (DAVIES, 2011) para a elaboração da questão norteadora, onde:

Comentado [FN2]: Pro^{fa} Cecília: rever a forma pela qual a revisão foi utilizada para o estudo (ao invés de elaboração dos itens levar como justificativa)

P = pessoal da saúde – foi utilizado como descritor principal por abranger os profissionais e trabalhadores;

I = desafios da acreditação hospitalar e

Co = áreas de apoio hospitalar.

Assim, definiu-se a seguinte questão norteadora: quais os desafios do pessoal da saúde das áreas de apoio na Acreditação Hospitalar?

Articulou-se a questão norteadora dessa RI ao tema de Acreditação Hospitalar devido ao seu papel crucial de fomentar práticas que fortaleçam a CSP dentro da instituição, sendo um método que ajuda as instituições a avaliar seus processos de forma transversal e sistêmica, em busca de melhorias (ONA, 2022). Para implementar um processo de Acreditação é importante o desenvolvimento de uma cultura de qualidade com capacitação de todos com os conceitos de SP, Qualidade e da Acreditação. Esse ponto é um importante desafio que as instituições apresentam para aderirem ao processo, além da ausência de trabalho em equipe e a multidisciplinaridade, resistência do corpo clínico, e a necessidade de adequações estruturais, entre outros motivos que podem justificar a porcentagem baixa de hospitais envolvidos em processo de Acreditação (LIMA, 2010).

Os descritores foram definidos de acordo com a base de dados e ajustados com os operadores booleanos AND e OR (QUADRO 01).

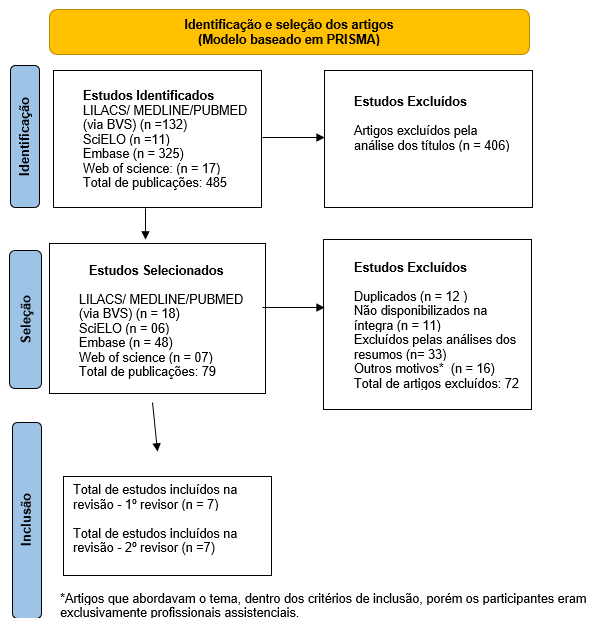
Quadro 1 - Descritores e bases de dados utilizados na revisão

Base de dados	Estratégias de busca
SciELO	(*Profissional de saúde OR segurança do paciente) AND (*acreditação hospitalar).
LILACS/ MEDLINE/PUBMED (via Biblioteca Virtual em Saúde)	("atitude do pessoal de saúde") AND ("segurança do paciente")
Web of Science	("Healthcare Worker" OR "Health Care Professional" OR "Patient Safety" AND "Hospital Accreditation")
Embase	"health workforce" OR "patient safety" AND "accreditation", ,

Fonte: elaborado pela autora.

O acesso às bases se deu pelo Portal CAPES, por meio da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) entre fevereiro a abril de 2023, e a seleção dos artigos foi realizada por dois revisores independentes por meio do programa Rayyan®, com base nos seguintes critérios: idiomas inglês, português e espanhol; disponíveis na íntegra; publicados entre 2018 e 2022. Excluíram-se os artigos duplicados, artigos de revisão, dissertações, teses e monografias.

Figura 3: fluxograma para a seleção dos artigos.



Fonte: *modelo adaptado* - <https://www.prisma-statement.org//PRISMAStatement/FlowDiagram>

Foram analisados sete artigos (Quadro 02) e os resultados da revisão foram divididos em três eixos temáticos: preparação para a Acreditação, processo de Acreditação propriamente dito e manutenção da Acreditação. Um aspecto fundamental relacionado à preparação é o trabalho compartilhado e interativo entre as equipes

(SYAHRIR, 2018). Durante o processo de Acreditação, os desafios apresentados pelos estudos desenvolvidos pelos autores Astolfo e colaboradores (2021) e Ali Mansur e colaboradores (2022) foram escassez de funcionários, carga horária, falta de treinamento sobre segurança do paciente, estresse e falta de tempo. Em relação à manutenção dos padrões acreditados, foi avaliada a satisfação com o processo entre os trabalhadores e profissionais da saúde. Os trabalhadores demonstraram menor satisfação devido ao sentimento de desvalorização em relação às atividades realizadas, à interrupção no fornecimento de recursos solicitados durante o período de credenciamento e à rotatividade entre elas (SYAHRIR et al, 2021 ;. ALSHAMSI et al, 2020; LALLU et al, 2021).

Mediante o que a revisão demonstrou sobre a importância da disseminação do conceito de segurança do paciente para as equipes, surgiu o primeiro eixo para a construção do instrumento de pesquisa intitulado como segurança do paciente.

Quadro 02: Distribuição dos estudos conforme autor, título e desenho.

AUTOR	TÍTULO	DESENHO DO ESTUDO
Syahrir A. Pasinringi , Fridawaty Rivai, Nur Arifah, Siti Fatmala Rezeki	<i>The relationship between service quality perceptions and the level of hospital accreditation</i>	Estudo quantitativo, abordagem transversal, realizado em 13 hospitais na cidade de Makassar, em 2018.
Astolfo León Franco Herrera, Adrián David Fernández Osorio, Alejandro De La Torre, Martín Cañón Muñoz, Cecilia Andrea Ordoñez Hernandez, Carolina Gonzalez	<i>Perception of the healthcare accreditation system in Colombia.</i>	Estudo transversal observacional, com a participação de 22 trabalhadores.
Ali Al Mansour, ¹ Alan F Merry, Tanisha Jowsey, Jennifer M Weller	<i>Hospital accreditation processes in Saudi Arabia: a</i>	Estudo qualitativo utilizando

	<i>thematic analysis of hospital staff experiences</i>	entrevistas semiestruturadas para explorar as perspectivas de funcionários de três hospitais acreditados na Arábia Saudita.
Alshamsi AI, Thomson L, Santos A.	<i>What impact does accreditation have on workplaces? A qualitative study to explore the perceptions of healthcare professionals about the process of accreditation.</i>	O estudo foi realizado em três hospitais públicos e em uma rede de centros de saúde primários nos Emirados Árabes Unidos.
Søren Bie Bogh, Ane Blom, Ditte Caroline Raben, Jeffrey Braithwaite, Bettina Thude, Erik Hollnagel, Christian von Plessen	<i>Hospital accreditation: staff experiences and perceptions</i>	Estudo transversal em um Hospital Dinamarquês recentemente acreditado.
Al-Sayedahmed, Huda PhD-MLT; Al-Qaaneh, Ayman PhD-Pharm; Al-Tawfiq, Jaffar BSc-MD; Al-Dossary, Basmah BSc-RN; Al-Yami, Saeed BSc-MD	<i>Perception of Health Care Professionals Toward Hospital Accreditation at Johns Hopkins Aramco Healthcare</i>	Estudo transversal no hospital Johns Hopkins com 2.047 participantes.
Lallu Joseph,1 Vijay Agarwal, Umashankar Raju, Arun Mavaji, and Princy Rajkumar	<i>Perception of Hospital Accreditation Impact among Quality Management Professionals in India: A Survey-Based Multicenter Study</i>	Estudo transversal, descritivo, com a participação de 415 entrevistados.

No que se refere a expertise para a elaboração de instrumento a partir da CAP, ocorreu a participação em três eventos científicos voltados à discussão da temática com foco nos trabalhadores da saúde, possibilitando discutir evidências coletadas em auditorias de mais de cinquenta hospitais, envolvendo observações relacionadas aos trabalhadores da saúde. A partir das reflexões realizadas sobre a temática, surgiram outros dois eixos para a construção do instrumento: conceitos sobre segurança do paciente e cultura justa.

Quadro 03: Descrição dos eventos e seus organizadores

ORGANIZADOR	ANO	TÍTULO DO EVENTO
REDE D'OR	2023	<i>Workshop da Qualidade</i>
ELSEVIER	2023	<i>Workshop Dano Zero</i>
OMS	2022	<i>Maximising the Contribution of support and Other workforces in health.</i>

Fonte: elaboração própria.

A partir da revisão, da participação nos eventos e da experiência profissional, propôs-se estruturar o instrumento em três eixos: conceito de segurança do paciente; cultura justa e cultura de notificação. Os itens elaborados relacionavam-se aos domínios que compõem o inquérito: Conhecimento, Atitudes e Prática.

A primeira versão do instrumento foi elaborada com vinte itens e como um padrão de resposta para os participantes as opções “sim”, “não” e “não sei”. Submeteu-se os itens à análise de um grupo de trinta profissionais de saúde, por meio de amostragem não probabilística e intencional, entre os meses de agosto e setembro de 2023. Os painelistas foram recrutados por indicação dos pesquisadores e em buscas na Plataforma Lattes, por meio de palavras-chave, a saber: Segurança do Paciente; Qualidade.

Ao se observar o padrão de respostas e as sugestões e dúvidas apontadas, optou-se por retirar os itens causadores de confusão e reestruturar aqueles cujas sugestões apontavam a necessidade de reformulação. Retirou-se a opção de resposta “não sei”, optando-se por respostas dicotômicas como sim e não, compreendendo o desafio descrito

por Fűr e Bacharach (2014) sobre o escalonamento das respostas em instrumento de medidas, que perpassam por literacia, características do público-alvo e o fenômeno a ser mensurado. Salienta-se ainda que se considerou que os itens propostos foram organizados de forma a mostrar que a qualidade da assistência é melhorada diante da consideração total de alguns aspectos (OMS, 2021).

Após essa organização, a nova versão do instrumento apresentou nove itens, sendo três sobre Conhecimentos, três sobre Atitudes e três sobre Prática (QUADRO 04).

Quadro 04 - Itens do instrumento Conhecimentos, Atitudes e Prática dos trabalhadores da saúde sobre segurança do paciente.

Nº	Itens
1	Segurança do Paciente são ações desenvolvidas, baseadas em normativas/protocolos, por profissionais assistenciais e trabalhadores da saúde para reduzir danos aos pacientes?
2	Você se considera um trabalhador da saúde?
3	Você faz adaptações na rotina de trabalho padronizada para sua função, a fim de ganhar tempo?
4	Seres humanos erram quando trabalham?
5	Você considera que só erra quando não sabe fazer?
6	Você costuma sinalizar seus erros aos colegas de trabalho e/ou liderança?
7	O objetivo da notificação de incidentes/eventos adversos é responsabilizar o profissional e penalizá-lo de acordo com o acontecimento?
8	Você considera que o resultado das análises das notificações torna o ambiente de trabalho mais seguro?
9	Você notifica uma situação, mesmo que já tenha corrigido?

Fonte: dados coletados e elaboração própria.

4.2.1. Evidências de validade do conteúdo do teste

De acordo com Ferreti (2023) o pesquisador tem o compromisso social de produzir conhecimento advindo de uma pesquisa baseada nas melhores práticas científicas. Souza, Alexandre e Guirardello (2017) corroboram com essa afirmação, enfatizando que a escolha do instrumento de pesquisa garante a qualidade dos resultados da pesquisa, e por isso, devem ser avaliados detalhadamente em relação aos itens, domínios e propriedades. Ainda de acordo com os autores, o instrumento pode ser avaliado quanto a sua confiabilidade e validade. Ferreti (2023) descreve cinco tipos de evidência de validade: “conteúdo do teste, processo de resposta, estrutura interna, associação com outras variáveis e consequência do uso”.

De acordo com a Associação Americana de Pesquisa Educacional (2005), cada aplicação do instrumento requer uma nova validação focada na população, no que se pretende medir, no contexto e na pontuação.

Procedendo ao preconizado pela psicometria contemporânea, submeteu-se o instrumento CAP elaborado ao mesmo grupo de profissionais como painelistas para análise das evidências de validade do conteúdo do teste (SIRECI, BOND, 2014).

O instrumento foi estruturado na Plataforma *Google Forms*® (Figura 04). A coleta se deu por questionário virtual, dividido em em três partes: o aceite em participar da pesquisa com base no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), perguntas relacionadas a caracterização dos participantes e avaliação dos itens do instrumento correlacionados aos domínios do inquérito CAP (APÊNDICE).

Figura 04: *Print* do Formulário enviado aos painelistas com o TCLE e o instrumento para a sua apreciação.



Fonte: elaborado pela autora (2023)

Optou-se por coletar evidências de validade de conteúdo objetivando manter dentro do instrumento final apenas os itens que refletissem o fenômeno proposto. Para basear a análise da evidência de validade do conteúdo do teste calculou-se a *Content Validity Ratio* (CVR) que objetiva medir a concordância entre os painelistas sobre a importância de um determinado item, por meio do cálculo $CVR = (ne - N/2) / (N/2)$, onde ne = número de painelistas indicando um item “essencial” e N é o número total de membros do painel (ALMANASREH; MOLES; CHEN, 2019).

Como o CVR é calculado para cada item, facilita o seu descarte ou sua retenção, seus valores variam de -1,0 a +1,0 e o valor do ponto de corte depende do número de painelistas (ALMANASREH; MOLES; CHEN, 2019).

Para definir se o item analisado seria reformulado, retirado ou aceito, utilizou-se a tabela baseada em Lashe corrigida (AYRE E SCALLY, 2014). Nela considera-se o CVR crítico que se trata do valor a ser alcançado em cada item, conforme o número de painelistas e sua concordância quanto ao item definido como essencial para o teste. Utilizou-se o programa *Microsoft Office Excel*®, versão 2013.

4.3. 2ª etapa - Aplicação do instrumento CAP

O estudo foi realizado em dez hospitais de uma rede privada do Brasil, todos localizados no Estado do Rio de Janeiro. Os dez Hospitais participantes são orientados por diretrizes corporativas sobre os processos relacionados a Liderança, Gestão de Pessoas e Qualidade, apresentam perfis variados entre assistência a pessoas adultas, materno-infantil e pediátrico. Para a seleção dos hospitais foi considerado um período igual ou superior há seis meses para alguma metodologia de Acreditação e os que não são acreditados em busca da primeira certificação. Definiu-se esse período mínimo, pela experiência da autora principal por essa dissertação no acompanhamento em unidades que possuem algum processo de organização para a acreditação e observar que o envolvimento de todos os colaboradores nesse período ser maior.

Após a anuência dos hospitais e apreciação ética, com aprovação do projeto de pesquisa, foram contatados os seus **escritórios de Qualidade** para a apresentação da proposta da pesquisa, sensibilização para a participação dos trabalhadores, através de reuniões, para a realização da segunda etapa do estudo.

Comentado [FN3]: Profª Beatriz: melhorar a descrição do último parágrafo da página 39 que a reunião se deu com os responsáveis pelos escritórios de qualidade

Os hospitais participantes foram identificados com letras, como exposto no Quadro 05.

Quadro 05 – Caracterização dos Hospitais participantes.

HOSPITAL	PERFIL	ACREDITAÇÃO
A	Adulto e pediátrico	Internacional
B	Adulto	Internacional
C	Adulto, materno- infantil	Nacional
D	Adulto	Não há
E	Pediátrico	Internacional
F	Adulto, materno - infantil	Nacional
G	Adulto	Internacional
H	Adulto e pediátrico	Internacional
I	Pediátrico	Internacional
J	Maternidade	Internacional

4.3.1 População, amostragem e amostra

A população desta etapa foram os trabalhadores da saúde, considerados como aqueles que atuam nas seguintes áreas: higienização, hotelaria, rouparia, transporte, serviço de nutrição e dietética (copeiros e cozinheiros), central de material e esterilização, recepção, radiologia, laboratório, banco de sangue, farmácia (mensageiro e auxiliares de farmácia), almoxarifado, segurança patrimonial e engenharia clínica.

A amostragem foi não probabilística, realizada a partir do macroprocesso do hospital, definiram-se como critérios de inclusão: ter vínculo empregatício ou contratual

com a instituição há mais de um mês e fazer parte dos seguintes processos de apoio definidos pelo Hospital.

Considerados como critérios de exclusão: trabalhador com cargo de liderança/supervisão e trabalhadores que fazem parte dos serviços de estacionamento, assessoria jurídica, assessoria contábil, faturamento, *marketing* e manutenção predial. Excluiu-se os líderes e supervisores para que não fosse um viés na pesquisa e não se objetivou identificar e/ou comparar diferenças nas respostas. Os demais trabalhadores fazem parte de uma estrutura corporativa e não são dedicados, exclusivamente, aos hospitais participantes.

4.3.2. Coleta de dados

Para a segunda etapa, elaborou-se uma planilha para o registro do contato de todos os trabalhadores que atendiam aos critérios de inclusão. Solicitou-se o apoio de todos os escritórios da Qualidade de cada hospital e o preenchimento da planilha com um prazo determinado para se iniciar a coleta, com os dados atualizados dos trabalhadores e após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO e do IDOR, seguindo a regulamentação brasileira atual sobre pesquisas com seres humanos.

O instrumento foi estruturado sob a forma de questionário elaborado na Plataforma *Google Forms*® autoaplicável, anonimizado e podendo ser acessado por aparelhos telefônicos, *tablets* e computadores e os dados foram coletados entre junho e dezembro de 2023.

Todos os profissionais foram contatados pela pesquisadora responsável, por meio de um telefone específico, dedicado exclusivamente para a realização desse estudo, por meio de aplicativo de mensagens instantâneas. Foi padronizado um texto de mensagem com o envio do *link* contendo o convite, o TCLE e o instrumento CAP. (APENDICE A).

4.3.3. Análise de dados

Os dados foram categorizados, quantificados e analisados por meio de estatística descritiva, com auxílio do Programa *Microsoft Office Excel*® versão 2010. Os dados foram correlacionados com as características dos profissionais e com os eixos do instrumento dentro dos domínios do Inquérito CAP.

As análises estatísticas foram conduzidas com utilização do programa STATA, versão 11. Utilizamos o teste Qui quadrado para explorar a relação com as variáveis demográficas, tempo de experiência e formação.

4.4. Questões éticas

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa para cumprimento de todas as exigências de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi inserido na Plataforma Brasil e submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), obtendo aprovação sob o Parecer de número 5.865.606 de 26 de janeiro de 2023 e CAAE número 66594422.5.0000.5285 (ANEXO 1) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IDOR, pelo Parecer 5.960.739 e CAAE número 66594422.5.3001.5249 em 23 de março de 2023. A coleta de dados foi iniciada apenas após esta etapa. Os Hospitais participantes receberam uma cópia do projeto de pesquisa e uma carta de autorização foi solicitada para os diretores (ANEXO 2).

Os trabalhadores que participaram da pesquisa deram o aceite ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), clicando na opção correspondente no próprio formulário eletrônico. Somente após a conclusão desta etapa o questionário da pesquisa ficou disponível para o preenchimento. As perguntas foram apresentadas sem a obrigatoriedade de resposta, dando o direito ao participante a não responder em casos de constrangimento ou a interrupção do auto preenchimento das respostas, em casos de desistência.

As informações obtidas por meio dessa pesquisa foram totalmente confidenciais e o sigilo e anonimato dos participantes foi assegurado pela não identificação dele. Não houve despesas pessoais para a participação na pesquisa, assim como, não houve nenhum tipo de remuneração pela participação.

Foi realizado o *download* dos dados coletados para um dispositivo eletrônico de uso exclusivo da pesquisadora, apagando todo o registro na “nuvem” da plataforma virtual utilizada para a coleta.

Por se tratar de uma pesquisa com o emprego de questionário, sem nenhuma intervenção fisiológica e psicológica, considerou-se a pesquisa de risco mínimo, os quais: estigmatização a partir do conteúdo revelado, se sentir envergonhado por não saber alguma questão ou pode ter medo de responder ao questionário, divulgação de dados confidenciais e quebra de sigilo, além do risco de interferência na rotina da pesquisadora.

Não houve relatos de danos provenientes da pesquisa realizada pelos participantes.

Em relação aos benefícios, esperava-se que, como benefício direto a reflexão dos responsáveis pelas instituições participantes e a possível mudança e incentivo através do envolvimento nas práticas de segurança e benefício indireto na elaboração de produção de novos conhecimentos sobre o tema.

5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. Elaboração e análise da evidência de validade do conteúdo do teste

Trinta profissionais de saúde foram convidados a participar da pesquisa, obtendo-se o retorno de dezesseis questionários com o aceite registrado e respostas correspondentes, remetendo à dezesseis participantes como amostra desta etapa.

Entre os dezesseis participantes, a média de idade foi de 44 anos e a mediana 42 anos. O tempo de experiência variou entre 11 e 20 anos (média de 20,25 e desvio-padrão de 8,63). Salienta-se que todos os participantes tinham atuação em núcleo de Segurança do Paciente e/ou controle de Qualidade em hospitais.

Tabela 1 - Caracterização dos painelistas (n=16) - Rio de Janeiro, RJ, 2023

Variáveis	Frequência absoluta	Porcentagem
Gênero		
Feminino	11	68,8%
Masculino	5	31,2%
Titulação		
Especialista	3	18,8%
Mestre	9	56,3%
Doutor	4	25%

Fonte: dados coletados.

A maioria dos participantes identificou-se como gênero feminino (68,8%) e quanto à titulação, a maioria (56,3%) possuíam como maior título completo o Mestrado (tabela 01).

Os participantes foram unânimes em concordar sobre a importância em analisar os Conhecimentos, Atitudes e Prática dos trabalhadores da saúde em Segurança do Paciente, observado pelo CVR = 1.0 em todos os três itens.

Comentado [FN4]: Profª Cecília: deixar claro o que o instrumento traz de novo

A medida dos Conhecimentos, Atitudes e Práticas tem sido adotada como forma de se identificar se existem diferenças entre o que se sabe, o que se acredita e o que se pratica. Esta medida auxilia na identificação de fragilidades no processo de aprimoramento profissional, norteador estratégias que deem conta de fomentar a aprendizagem significativa (KALIYAPERUMAL, 2004). Os painelistas neste estudo concordaram com este aspecto, o que foi identificado pelo valor de CVR = 1.0 encontrado.

Em relação à correlação dos itens aos domínios do Inquérito CAP, o item 4 foi o único em que a maioria dos painelistas não o classificou conforme a sua definição planejada (TABELA 2).

Tabela 2 - Itens do instrumento classificados em Conhecimentos, Atitudes ou Prática pelos painelistas (n=16) - Rio de Janeiro, Brasil, 2023

Itens	Conhecimentos	Atitudes	Prática
Item 1 - Conhecimentos	15	0	1
Item 2 - Atitudes	5	8	3
Item 3 - Prática	0	3	13
Item 4 - Conhecimentos	4	8	4
Item 5 - Atitudes	2	11	3
Item 6 - Prática	1	5	6
Item 7 - Conhecimentos	9	3	4
Item 8 - Atitudes	4	5	0
Item 9 - Prática	2	3	7

Fonte: dados coletados.

O CVR crítico definido para a participação de dezesseis profissionais como painelistas ficou em 0.50 (Ayre e Scally, 2014), ou seja, as respostas precisam alcançar um CVR mínimo com este valor.

Na análise do padrão de respostas dicotômicas para o instrumento, os painelistas concordaram quase que totalmente e estes dois itens tiveram CVR de 0.875 e 1.00, respectivamente.

Quanto ao CVR, conforme a análise dos painelistas da relação com o domínio e cada item quanto à clareza, pertinência e redação, os dados são apresentados na tabela 3.

Tabela 3 - Análise dos itens pelos painelistas e o CVR correspondente (n=16) - Rio de Janeiro, Brasil, 2023

Item	Descrição do Item	Content Validity Ratio (CVR)		
		Clareza	Pertinência	Redação
1	Segurança do Paciente são ações desenvolvidas, baseadas em normativas/protocolos, por profissionais assistenciais e trabalhadores da saúde para reduzir danos aos pacientes?	0,875	1	0,875
2	Você se considera um trabalhador da saúde?	0,875	0,875	1
3	Você faz adaptações na rotina de trabalho padronizada para sua função, a fim de ganhar tempo?	0,875	0,875	1
4	Seres humanos erram quando trabalham?	0,875	0,875	1
5	Você considera que só erra quando não sabe fazer?	0,875	0,875	0,875
6	Você costuma sinalizar seus erros aos colegas de trabalho e/ou liderança	0,875	1	1
7	O objetivo da notificação de incidentes/eventos adversos é responsabilizar o profissional e penalizá-lo de acordo com o acontecimento?	0,875	0,875	0,875
8	Você considera que o resultado das análises das notificações torna o ambiente de trabalho mais seguro?	0,875	0,875	0,875
9	Você notifica uma situação, mesmo que já tenha corrigido?	0,875	0,875	0,875

Fonte: dados coletados.

Na tabela 3 pode-se observar que todos os itens tiveram um CVR acima de 0.500, quanto à sua clareza, pertinência e redação. Houve algumas sugestões dos painelistas para a maioria dos itens, exceto os itens de 1 a 3.

Quadro 06: Sugestões do painel de especialistas para cada item.

Item	Sugestões
Item 01	Não Houve
Item 02	Não Houve
Item 03	Não Houve
Item 04	Substituir a palavra trabalho por atividade; Substituir o item pelo conceito de erro e violação; <i>Você concorda que errar é humano?</i> <i>Errear é humano?</i>
Item 05	Substituir trabalho por não saber realizar adequadamente a atividade; Retirar o termo só; <i>Você considera que erra quando sabe fazer?</i>
Item 06	Substituir sinalizar por comunicar sobre; <i>Você já sentiu apoiado por colegas/liderança após sinalizar um erro seu?</i>
Item 07	Separar responsabilidade e penalização;
Item 08	<i>Você acredita que as notificações de eventos geram mais segurança para você trabalhar?; Você considera que as medidas tomadas após a análise das notificações de erro contribuem para um ambiente mais seguro?</i>

Item 09	<p>Substituir a segunda parte do item por <i>mesmo que tenha sido corrigido</i>;</p> <p>Sugeriu-se duas questões, uma que pedisse ao participante que considerasse o presente e outra que remetesse à situação passada;</p> <p>Esclarecer o termo situação;</p> <p>Separar os conceitos de incidente e quase falha.</p>
---------	---

Fonte: autora.

As sugestões foram discutidas entre as pesquisadoras, gerando algumas mudanças na redação de alguns itens e no domínio 3, referente à Cultura de Segurança, optou-se por substituir a palavra situação por incidente e por erro, mas em itens separados, conforme quadro 05.

Considerando as necessidades de ajuste do instrumento, a despeito de todos os itens terem alcançado o CVR = 0.500, preconizado para participação de dezesseis pessoas como painelistas, discutiu-se item a item, com o objetivo de mostrar o porquê de sua permanência no instrumento.

Item 01 - Segurança do Paciente são ações desenvolvidas, baseadas em normativas/protocolos, por profissionais assistenciais e trabalhadores da saúde para reduzir danos aos pacientes?

As instituições de saúde que buscam sustentar práticas que garantam a SP têm como desafio difundir entre as equipes o compromisso de todos para o cumprimento dos padrões propostos. A forma mais eficaz de sustentar práticas seguras de cuidado é fazer com que todos conheçam os conceitos que sustentam esta proposta (JCI, 2015).

Item 02 - Você se considera um trabalhador da saúde?

Na busca do envolvimento de todos com a oferta de cuidado seguro, se faz necessário provocar as percepções de como os trabalhadores se enxergam e consideram suas próprias experiências dentro das instituições (NHS, 2023).

Item 03 - Você faz adaptações na rotina de trabalho padronizada para sua função?

Apesar da concordância dos especialistas, percebeu-se que, mais importante do que a finalidade da adaptação das atividades, era saber se o trabalhador a faz dentro da

sua rotina de trabalho. Entendeu-se que a expressão *a fim de ganhar tempo*, contida no item anteriormente, poderia justificar ou induzir a opção de resposta do participante, sendo excluída da versão final do item.

É necessário reforçar o modelo do queijo suíço de James Reason sobre a falibilidade das barreiras para a ocorrência de um evento adverso, seja por ausência de protocolos, protocolos mal construídos, violações, dentre outros motivos. A discussão da variabilidade humana faz parte do processo de fortalecimento da cultura de segurança (Vincent, 2009).

Item 04 - Errar é uma ação intencional de fugir do que é padronizado pelas normas/protocolos?

Modificou-se parcialmente o item, a despeito do CVR alcançado. Discorda-se da proposta em substituir o termo *trabalho* por *atividade* em qualquer um dos itens, por pensar que poderia influenciar a opção de resposta para fora do contexto proposto. Ao se estudar sobre o erro reforça-se a necessidade de buscar entender como as pessoas trabalham e respondem às pressões e circunstâncias oferecidas pelas instituições, além da responsabilidade do indivíduo e das organizações em manter um ambiente seguro (Metelski, Engel, Mello & Meirelles, 2023).

Item 05 - Você acha que erra na rotina de trabalho?

Durante a experiência profissional de acompanhar as análises de diversas unidades sobre os incidentes ocorridos, é comum observar a busca de uma única perspectiva sobre o erro. A Análise Preditiva do Erro Humano (APEH) explora as diversas perspectivas que devem ser analisadas, dentre elas, o planejamento para execução, o desenho e a informação sobre a execução e a comunicação que a envolve (Metelski, Engel, Mello & Meirelles, 2023). Concordou-se com a sugestão dos painelistas e o item foi alterado para não limitar o erro a uma única perspectiva.

Item 06 - Você costuma comunicar seus erros à liderança?

Aprofundar a compreensão sobre as características dos erros é uma premissa para construir a cultura justa nas organizações de saúde. Lideranças que buscam compreender que o erro é frequente, pode ser cometido pelos melhores colaboradores e possuem circunstâncias não isoladas, favorecem uma abertura de comunicação (Souza & Mendes, 2004).

A avaliação dos painelistas sinalizou que o item trazia dois contextos diferentes: colegas de trabalho e liderança. Optou-se em manter a liderança pela sua influência dentro do contexto organizacional.

Item 07- O objetivo da notificação de incidentes/eventos adversos é penalizar o profissional de acordo com o acontecimento?

Estudos psicométricos orientam características que devem ser consideradas durante a construção dos itens, entre elas, a precisão (Ferreti, 2023). Este item apontava dois desfechos diferentes: responsabilização e penalização. Optou-se por manter a penalização, entendendo que o ato de penalizar, inclui a responsabilização.

A notificação de eventos deve ser uma ferramenta apresentada para todos os profissionais como uma fonte de informação, oportunidade de aprendizagem e melhoria de processos (Furini, Nunes e Dallora, 2023).

Item 08 - Você acredita que as notificações de eventos geram mais segurança para a rotina de trabalho?

As Instituições buscam aprimorar seus sistemas de notificação de eventos e esses esforços não devem se limitar às ferramentas utilizadas. A falta de *feedback* e a crença que nada será feito em resposta podem ser barreiras importantes e devem ser inseridas nas discussões para fortalecer a cultura de segurança entre os profissionais (NHS, 2023). O termo *análise* foi retirado do item, direcionando a sua precisão ao ato de notificar.

Item 09 - Você notifica um incidente, mesmo que já tenha sido corrigido?

Item 10 - Você notifica um erro, mesmo que já tenha sido corrigido?

Uma das primeiras iniciativas da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (2004) foi o desenvolvimento de uma classificação voltada para a SP, objetivando facilitar as análises e interpretações dos incidentes para melhoria dos cuidados em saúde. Por definição, incidente é “um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente” (OMS, 2021). Esclarecer aos profissionais esse conceito, dissemina a idéia que situações que poderiam resultar algum dano devem ser analisadas.

Pontua-se que o termo *desnecessário* traz, implicitamente, que erros podem ocorrer (Souza & Mendes, 2004). Concordou-se em desdobrar a questão em dois itens,

explicitando a situação a qual o item se referia, gerando: item 9 com foco em incidente e o item 10 com foco no erro.

Sendo assim, a versão final do instrumento final composta por 10 itens, conforme Quadro 06:

Quadro 7 - Versão final do instrumento e resposta esperada para cada item.

Itens	Descrição dos Itens conforme os Domínios	Respostas		
		Sim	Não	
Segurança do Paciente				
1	Segurança do Paciente são ações desenvolvidas, baseadas em normativas/protocolos, por profissionais assistenciais e trabalhadores da saúde para reduzir danos aos pacientes?	Conhecimentos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Você se considera um trabalhador da saúde?	Atitudes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Você faz adaptações na rotina de trabalho padronizada para sua função?	Prática	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cultura Justa				
4	Errar é uma ação intencional de fugir do que é padronizado pelas normas/protocolos?	Conhecimentos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Você acha que erra na rotina de trabalho?	Atitudes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Você costuma comunicar seus erros à liderança?	Prática	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cultura de Segurança				
7	O objetivo da notificação de incidentes/eventos adversos é penalizar o profissional de acordo com o acontecimento?	Conhecimentos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Você acredita que as notificações de eventos geram mais segurança para a rotina de trabalho?	Atitudes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Você notifica um incidente, mesmo que já tenha sido corrigido?	Prática	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Você notifica um erro, mesmo que já tenha sido corrigido?	Prática	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: dados coletados.

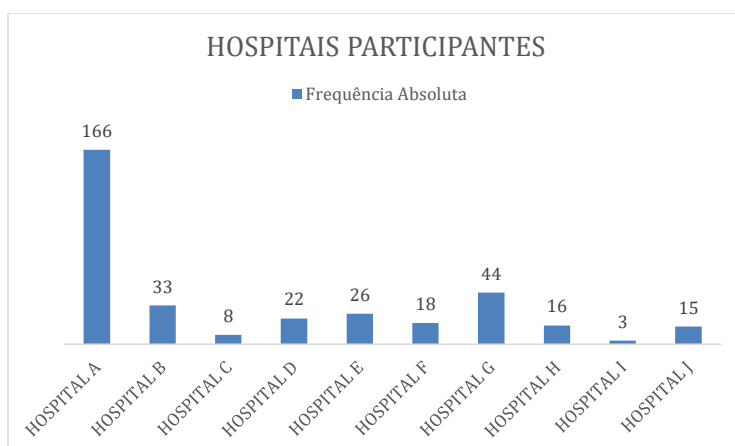
Os itens 1, 4 e 7 objetivam averiguar o *Conhecimentos*, os itens 2, 5 e 8 as *Atitudes* e os itens 3, 6, 9 e 10 a *Prática* dos trabalhadores da saúde em Segurança do Paciente.

O instrumento proposto foi elaborado e teve a sua evidência de validade do conteúdo analisada considerando-se o contexto laboral hospitalar, a aplicação por meio digital e assíncrona, de forma individual e sigilosa.

5.2. Aplicação do Instrumento CAP em Segurança do Paciente para trabalhadores da saúde

A amostra desta pesquisa foi composta por 351 trabalhadores da saúde e os mesmos estão distribuídos entre os dez hospitais participantes.

Figura 05: Participação dos hospitais selecionados.



Fonte: elaborado pela autora (2023)

Observa-se na figura 05 que o maior número de participantes atua no hospital A que possui como características de um hospital geral e pediátrico, que estimula pesquisa científica em diversos contextos.

Quanto aos participantes, a média de idade foi de 38 anos e a mediana de idade foi de 37 anos. A maioria se identificou como do gênero feminino (68%, n=239), predominou o ensino médio completo para 46% (n=162) e o tempo de experiência predominante foi igual ou maior que 5 anos (n=165), com a representação de 47% dos participantes (tabela 4).

Tabela 4 – Características demográficas dos participantes.

Gênero	n	%
Feminino	239	68%
Masculino	108	31%
Não Identificado	4	1%

Titulação	n	%
Fundamental completo	12	3%
Médio completo	162	46%
Médio incompleto	12	3%
Superior completo	50	14%
Superior incompleto	46	13%
Pós-graduação	69	19%

Tempo de Experiência	n	%
Até 11 meses	22	6%
1 a 1 ano e 11 meses	28	8%
2 a 4 anos e 11 meses	136	39%
Igual ou acima de 5 anos	165	47%

Fonte: Dados coletados.

No que se refere ao setor de atuação dos participantes, observa-se na tabela 05 o setor com a maior participação foi a rouparia com 23% (n=73) empatado com 23% (n=73) de trabalhadores que não identificaram a sua área de atuação, esse fato pode ser

explicado devido a população estudada nunca ter sido o foco de pesquisa nos Hospitais selecionados.

Tabela 05: Frequência absoluta e relativa dos participantes por setor de atuação.

Setor	n	%
Almoxarifado	20	6%
Banco de sangue	8	3%
CME	25	8%
Engenharia clínica	7	2%
Farmácia	21	7%
Higienização	9	3%
Laboratório	41	13%
Radiologia	10	3%
Recepção	6	2%
Rouparia	72	23%
Segurança Patrimonial	5	2%
Nutrição	16	5%
Transporte	5	2%
Não Identificado	72	23%
Total	351	100%

Fonte: dados coletados.

Na tabela 06, observa-se a conformidade geral e por setor de atuação dos participantes para cada item do instrumento.

Tabela 06: Resultados referentes a conformidade de respostas por item de cada domínio, separados nos três eixos.

PARTICIPANTES	SEGURANÇA DO PACIENTE			CULTURA JUSTA			CULTURA DE SEGURANÇA			
	CONHECIMENTO	ATTITUDE	PRÁTICA	CONHECIMENTO	ATTITUDE	PRÁTICA	CONHECIMENTO	ATTITUDE	PRÁTICA	PRÁTICA
	ITEM 01	ITEM 02	ITEM 03	ITEM 04	ITEM 05	ITEM 06	ITEM 07	ITEM 08	ITEM 09	ITEM 10
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
ALMOXARIFADO	22	20	8	20	13	22	22	21	18	22
BANCO DE SANGUE	8	8	4	7	3	8	8	8	8	8
CME	25	24	10	22	12	24	23	25	23	3
ENGENHARIA CLINICA	7	7	2	7	6	7	7	7	6	6
FARMÁCIA	25	23	14	20	14	24	20	23	19	19
HIGIENIZAÇÃO	22	22	15	20	5	22	19	22	19	19
LABORATORIO	43	42	16	42	25	40	26	35	31	28
RADIOLOGIA	10	10	2	10	7	10	10	10	10	10
RECEPÇÃO	6	5	2	6	4	6	6	6	5	6
ROUPARIA	79	70	20	72	47	76	46	77	61	61
SEGURANÇA PATRIMONIAL	5	4	2	4	3	5	3	5	5	5
NUTRIÇÃO	22	22	9	22	7	21	13	19	18	18
TRANSPORTE	5	5	1	5	4	5	5	5	4	1
OUTROS	71	68	19	69	31	70	55	69	51	55
CONFORMIDADE TOTAL AO ITEM	99,7%	94%	35%	93%	52%	97%	75%	95%	79%	74%

Fonte: dados coletados.

O exame das relações entre o tempo de experiência na instituição e a escolaridade com as conformidades foi considerado para os itens que apresentaram os valores mais discrepantes, dentro de cada eixo (tabela 6).

Tabela 6 - Associação entre as conformidades e o tempo de experiência na instituição e a escolaridade (n = 351) - Rio de Janeiro, RJ, 2023

Variáveis de interesse	Tempo de experiência		p-valor*	Escolaridade		p-valor*
	Menor que cinco anos	Maior que cinco anos		Não superior	Superior	
<i>Segurança do Paciente</i>						
Item 3 - Você faz adaptações na rotina de trabalho padronizada para sua função?						
Não conforme	111	116		150	77	
Conforme	63	61	0,84	82	42	0,99

<i>Cultura Justa</i>						
Item 5 - Você acha que erra na rotina de trabalho?						
Não conforme	80	91		111	59	
Conforme	98	82	0,99	118	63	0,98
<i>Cultura de Segurança (Notificação)</i>						
Item 8 - Você acredita que as notificações de eventos geram mais segurança para a rotina de trabalho?						
Não conforme	10	9		14	5	
Conforme	167	165	0,93	218	114	0,85

Fonte: dados coletados.

*qui-quadrado

Conforme observado na tabela 5, nenhuma das associações foi significativa, mostrando que, nesta amostra, nem o tempo de experiência na instituição e nem a escolaridade influenciaram na conformidade das respostas dos participantes.

A seguir apresentam-se os dados referentes aos participantes, de acordo com os domínios Conhecimentos, Atitudes e Prática por eixo.

5.2.1. Eixo - Segurança do Paciente

O gráfico 01 mostra a variação da frequência na conformidade das respostas dos participantes quanto ao eixo Segurança do Paciente. O domínio que menos apresentou conformidade geral ao item foi a prática (n=124). Apesar da maioria dos trabalhadores aparentarem conhecer a definição de SP, se reconhecerem como trabalhadores da saúde e o seu protagonismo nesse contexto, 65% (n=227) realizam adaptações na rotina de trabalho. A fim de explorar a diferença de conformidade que o domínio Prática apresentou, foi realizado um teste de independência do qui-quadrado para entender a correlação com a variável tempo de experiência e o nível de escolaridade. Os participantes foram agrupados em nível de escolaridade médio completo e ensino superior, e na variável tempo de experiência foi utilizado o corte de 5 anos, considerando essa definição de tempo utilizado pela rede organizadora dos Hospitais participantes para o primeiro reconhecimento pelo tempo de experiência. O teste demonstrou que não houve

associação significativa entre a não conformidade ao item com o tempo de experiência ($p=0,84$) e com o nível de escolaridade ($p=0,99$).

Gráfico 01 - Conhecimentos, Atitudes e Prática dos participantes conforme o eixo Segurança do Paciente



Domínio	Conhecimento
Item 1	Segurança do Paciente são ações desenvolvidas, baseadas em normativas/protocolos, por profissionais assistenciais e trabalhadores da saúde para reduzir danos aos pacientes?

A resposta esperada para este item era sim e foi corroborada por 99% ($n=350$) dos participantes.

A busca em padronizar as rotinas e instituir protocolos de segurança compõe um dos marcos históricos da SP (BRASIL, 2013). Os trabalhadores respondentes aparentam entender que seguir as rotinas/normas definidas é necessário para a redução de danos ao paciente.

Atenta-se que, políticas que apoiem a implementação do conceito de SP nas instituições de saúde, a partir de conhecimentos científicos, promovem aprendizado e o fomento a uma cultura de segurança (FIOCRUZ, 2021).

Ricciardi e Cascini (2020) citam os benefícios da OMS sobre a importância de protocolos na SP, destacando a orientação ao que o trabalhador pode ou deve fazer em situações específicas para alcançar melhores resultados e o apoio na priorização das ações diante de um contexto inesperado.

Domínio	Atitudes
Item 2	Você se considera um trabalhador da saúde?

Entre os participantes 94% (n= 330) responderam afirmativamente ao item, conforme o desejado, considerando o entendimento da OMS sobre o trabalhador da saúde (OMS, 2021).

De acordo com a Teoria do Comportamento Racional, atitudes favoráveis facilitam o alcance do comportamento alvo (AJZEN, 1991). O sentimento de pertencimento é uma motivação fundamental nas relações humanas, para que essas relações possam moldar o comportamento, através do acolhimento, compreensão e ações de reconhecimento (BAUMEISTER E LEARY, 1995).

Garcia e colaboradores (2022) destacam aspectos importantes na normalização de uma prática: *Initiation e Legitimation*. Reforçando a ideia da motivação e a convicção de que o que é proposto está certo e possível de ser realizado.

Um estudo realizado na Arábia Saudita (2016) enfatizou o clima de segurança como um mediador fundamental entre a atitude e o comportamento de segurança (PANUWATWANICH et al, 2016).

É necessário que estratégias educativas promovam debates e a reflexão para que os envolvidos se sintam parte do processo que estão inseridos e fortaleçam o clima de segurança das instituições.

Domínio	Prática
Item 3	Você faz adaptações na rotina de trabalho padronizada para sua função?

No item correspondente ao domínio Prática, previa-se uma resposta negativa como a ideal. Todavia, 65% (n=227) dos participantes responderam que sim, enquanto 35% (n=124) responderam que não.

Han (2021), no campo da engenharia da resiliência, traz a definição de ajuste de desempenho como as adaptações que os trabalhadores fazem, tendo em conta a dinâmica complexa e a variabilidade das condições de trabalho nos sistemas. O autor considera que essa variabilidade no sistema é um fenômeno normal, devido a sua complexidade, sendo a causa de muitos resultados de trabalho bem-sucedidos e, ao mesmo tempo, de resultados não desejáveis. Destaca a necessidade, mediante a um resultado indesejável, de se entender como as adaptações foram bem-sucedidas em outros momentos, para que a revisão das normas apoie, suficientemente, os ajustes necessários, considerando os recursos disponíveis e o rigor das tarefas (compensação eficiência – meticulosidade).

O relatório do *Institute of Medicine* (IOM, 2005) destacou a importância da valorização dos fatores humanos e ergonômicos na criação e redesenho dos processos para minimizar os incidentes relacionados com a SP. A liderança deve se perguntar alguns aspectos importantes durante as atualizações de rotinas: É compreensível? Faz sentido para os envolvidos? É factível? É possível monitorar? Permite uma reflexão para melhorias? Envolver os trabalhadores nas revisões das normas e analisar suas práticas de trabalho, por meio do olhar “eficiência -meticulosidade”, se faz necessário para compreender de forma sistemática os porquês e os efeitos das adaptações realizadas (HAN, 2021; RICCIARDI e CASCINI 2020; ALHAWAJREH, PATERSON, JACKSON, 2023).

Apesar da maioria dos trabalhadores aparentarem conhecer a definição de SP, se reconhecerem como trabalhadores da saúde e seu protagonismo nesse contexto, 65% (n=227) realizam adaptações na rotina de trabalho. Entretanto, não se pode afirmar que esta ação possa gerar algum incidente ao paciente ou apresentar um desempenho inconsistente nas atividades diárias.

Emanuel e colaboradores (2008) corroboram com o conceito de que segurança do paciente acontece nos microsistemas, ou seja, em todas as interações dos sistemas que convergem em um atendimento ao paciente. E nesse sentido, enfatizam que cada sistema desse é inerentemente imprevisível, seja por questões relacionadas ao próprio processo hospitalar ou questões específicas do paciente.

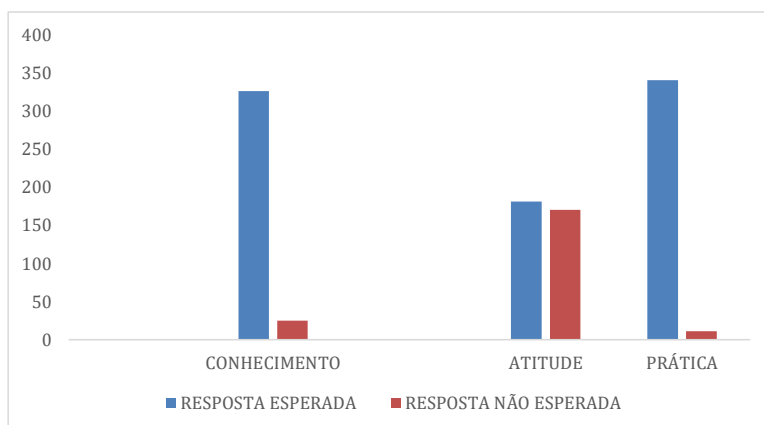
Se faz necessário que as lideranças nas instituições de saúde incluam a temática da variabilidade humana como parte do processo de fortalecimento da cultura de segurança. Se questionem a maneira como estão monitorando o desempenho dos processos, a capacidade de proativamente detectar suas variações e os fluxos de investigação, equilibrando os conceitos da engenharia da resiliência e das violações (VINCENT, 2009; HAN, 2021).

A seguir apresentam-se os dados referentes aos participantes, de acordo com os domínios Conhecimentos, Atitudes e Prática referente ao eixo Cultura Justa.

5.2.2. Eixo - Cultura justa

O gráfico 02 mostra a variação da frequência na conformidade das respostas dos participantes quanto ao Cultura Justa. Nesse eixo, foi possível perceber que o resultado do aparente conhecimento e a prática sobre o erro pelos trabalhadores são satisfatórios, a despeito de uma atitude não favorável ($n= 181$). Também a fim de entender o domínio que apresentou a menor conformidade dentro do eixo, foi realizado o teste Qui-quadrado com às variáveis tempo de experiência ($p=0,99$) e formação ($p=0,13$) que também não apresentaram relação significativa com o resultado de conformidade do item.

Gráfico 02 - Conhecimentos, Atitudes e Prática dos participantes conforme o eixo Cultura Justa.



Domínio	Conhecimentos
Item 4	Errar é uma ação intencional para fugir do que é padronizado pelas normas/protocolos?

A maioria dos participantes, referente a 93% (n=326), responderam que não, o que era esperado para o item.

Os erros não são intencionais, no sentido de que não se quer cometê-los. Por sua vez, as violações, são desvios deliberados das regras, rotinas e práticas seguras. Há três tipos de violação: a rotineira (busca-se atalhos), a necessária (quando a regra é ignorada por parecer a única forma de se realizar a tarefa) e para aumentar a eficácia (ganhos pessoais). Na prática, não é fácil a aplicação dos conceitos e sua distinção não é muito clara (NHS, 2023).

Disseminar o conceito de erro permite uma transição de um modelo que concentra a gestão de conhecimento sobre segurança do paciente apenas na liderança para que todos tenham conhecimento, habilidade e responsabilidade sobre a segurança (DEKKER, 2017).

Domínio	Atitudes
Item 5	Você acha que pode errar na rotina de trabalho?

Considerando-se a falibilidade humana esperava-se uma resposta positiva para este item; 52% (n= 181) responderam que sim e 170 participantes responderam que não.

A Análise Preditiva do Erro Humano (APEH), classifica os erros por: planejamento, operação, verificação, obtenção da informação, comunicação e seleção. Suas multivariáveis causas valorizam o ser humano, dada todas as oportunidades de errar e como tudo ocorreu bem, na maioria das vezes (VINCENT, 2009).

Os resultados demonstram uma necessidade de reforçar, principalmente na liderança, uma ótica dos erros sobre a perspectiva organizacional: não os compreender isoladamente, mas correlacionar os erros ao comportamento humano e ao ambiente de trabalho. É preciso implantar a cultura justa com a desmistificação que erros são cometidos por pessoas ruins, que erros não são cometidos por profissionais muito treinados e que a prática leva a perfeição (FIOCRUZ, 2022).

As atitudes dos líderes de instituições que buscam uma alta confiabilidade, precisam demonstrar que gerenciam e abordam cada evento adverso individual de forma sistêmica, garantindo a confiança dos envolvidos e o baixo risco de atividades potencialmente perigosas (BATES e SINGH, 2018).

A abertura de comunicação é uma das dimensões avaliadas por pesquisa de cultura de segurança. Um ambiente em que favorece a discussão sobre os erros podem apresentar melhores percepções sobre essa dimensão na perspectiva dos trabalhadores da saúde (NHS, 2023).

Domínio	Prática
Item 6	Você costuma comunicar seus erros à liderança?

97% dos participantes (n=340) responderam de forma afirmativa e conforme o esperado ao item.

Correlacionando aos resultados da prática do eixo de conceito de segurança e da atitude em relação ao erro, percebe-se que é necessário esclarecer quais e o porquê das adaptações são realizadas na rotina do trabalho, a percepção sobre o erro e o que de fato na prática tem sido comunicado à liderança.

O resultado provoca uma reflexão se os erros comunicados à liderança contemplam toda a classificação proposta pela Análise Preditiva do Erro Humano, desde o planejamento da ação e a produção de estudos que desdobram aspectos relacionados à atitude dos profissionais e o impacto nos comportamentos de segurança (FIOCRUZ, 2022).

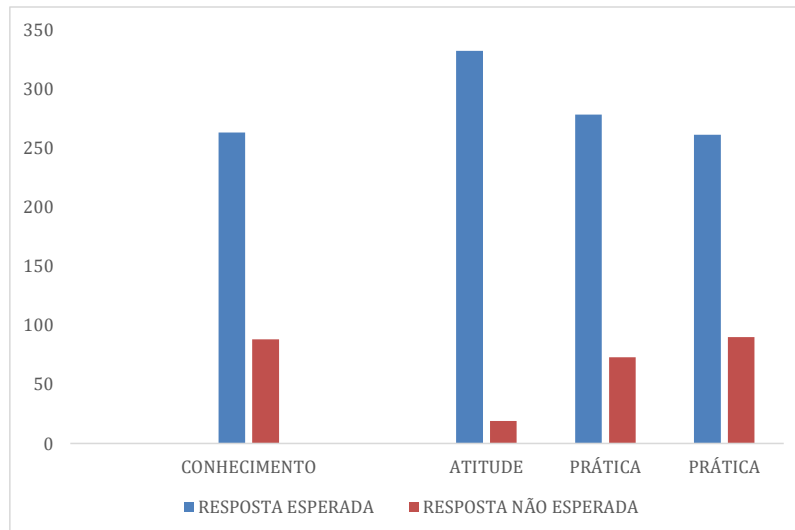
No eixo Cultura Justa, foi possível perceber que o resultado do aparente conhecimento e a prática sobre o erro pelos trabalhadores são satisfatórios, a despeito de uma atitude não favorável. Destaca-se a menor conformidade observada no domínio atitude com 53% de acertos ao que era esperado como resposta, totalizando 181 participantes. Apesar de um pouco mais da metade dos participantes apresentarem uma atitude positiva nesse eixo, observou-se nessa amostra uma conformidade maior (97%; N:340) dentro do domínio prática. Sugere-se que a desejabilidade social possa ter sido um viés nas respostas dos participantes referentes à prática declarada.

A seguir apresentam-se os dados referentes aos participantes, de acordo com os domínios Conhecimentos, Atitudes e Prática referente ao eixo Cultura de Segurança.

5.2.3. Eixo - Cultura de segurança

O gráfico 03 mostra a variação da frequência na conformidade das respostas dos participantes quanto ao eixo, Cultura de segurança. O domínio com maior conformidade apresentada foi a Atitude, com 95% dos participantes (n= 332) que responderam conforme era esperado ao item. Todos os demais domínios apresentam conformidades próximas e por isso, o domínio Atitude foi analisado sobre a correlação com o tempo de experiência e formação. A proporção de trabalhadores que responderam conforme o esperado não diferiu em relação ao tempo de experiência (p=0,93) e formação (p=0,85).

Gráfico 03 - Conhecimentos, Atitudes e Prática dos participantes conforme o eixo Cultura de segurança.



Domínio	Conhecimentos
Item 7	O objetivo da notificação de incidentes/eventos adversos é penalizar o profissional de acordo com o acontecimento?

Entre os trabalhadores participantes, 74% (n= 261) responderam não, 26% (n=88) responderam que sim e dois participantes não responderam.

Sob o ponto de vista de Melgarejo, Mastroianni e Varallo (2019), as instituições devem adotar estratégias de capacitação que esclareçam a importância da notificação e como fazê-lo, além de fornecer instrumentos que facilitem esse entendimento e preenchimento. As análises devem visar reconhecer as falhas do sistema e não foco no indivíduo, embora sem eximir a responsabilidade do profissional em manter boa conduta ou ser responsável pelos seus atos.

As organizações devem assumir o compromisso de eliminar a cultura da culpa e fomentar a notificação sem medo, um dos fatores mais citados dentre os que influenciam de forma positiva ou negativa os sistemas de notificação (FIOCRUZ, 2022).

Outra questão a ser considerada é como os alertas, avisos e orientações sobre a cultura de segurança são projetados para as equipes. É necessário analisar se as formas de comunicação atendem os trabalhadores da saúde e os seus locais de atuação, sendo de suma importância a construção do conhecimento a partir de uma linguagem que considere o contexto laboral dos trabalhadores da saúde (FIOCRUZ, 2022; NHS, 2023).

Domínio	Atitudes
Item 8	Você acredita que as notificações de eventos geram mais segurança para a rotina de trabalho?

Embora o conhecimento sobre seu objetivo tenha ficado aquém do esperado, os participantes demonstraram uma atitude favorável em relação à cultura de segurança com 95% dos participantes (n= 332) que responderam conforme era esperado ao item.

A aprendizagem deve ser contínua e não se manifestar somente quando os erros acontecem, mas inserir o reconhecimento dos sucessos diários. É importante o envolvimento da liderança para ser capaz de difundir e manter a consciência de segurança entre todos os colaboradores da instituição. Outro fator limitante é a falta de *feedback* e a crença que nada será feito em resposta às notificações (NHS, 2023).

Mascarenhas e colaboradores (2019) ressaltam a importância do retorno relacionado às estratégias para melhoria da qualidade sobre os processos notificados, possibilitando o reconhecimento de que todos contribuem para a segurança do paciente, além de estimular um ambiente com abertura de comunicação, respeito e segurança psicológica. da importância da notificação.

Domínio	Prática
Item 9	Você notifica um incidente, mesmo que já tenha sido corrigido?

A maioria dos participantes, 79% (n=278), corroborou o esperado para o item e responderam que sim.

Uma das primeiras iniciativas da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente foi o desenvolvimento de uma classificação voltada para a SP, objetivando facilitar as análises e interpretações dos incidentes para melhoria dos cuidados em saúde. Por

definição, de acordo com a OMS (2021) incidente é “um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente”. Pontua-se que o termo *desnecessário* traz, implicitamente, que erros podem ocorrer (SOUZA e MENDES, 2004).

É de suma importância que as organizações de saúde desenvolvam políticas que apoiem o esclarecimento ao conceito de incidentes e como reconhecê-los. O ambiente precisa ser positivo a notificação, por meio da capacitação de como os sistemas falham, como ocorrem danos e qual é o protagonismo desses trabalhadores na redução do impacto desses problemas. Outra questão a ser considerada é como a pressão da carga de trabalho e ferramentas para a notificação estão influenciando a prática dos trabalhadores (FIOCRUZ, 2022).

Instituições que visam amadurecer a sua cultura de segurança, devem proporcionar ambientes que foquem no reconhecimento dos perigos relacionados às tarefas diárias, mas que também reconheçam quando os processos estão indo bem. Os processos de análise devem buscar deficiências sistêmicas, minimizando a tendência de investigar apenas onde ocorreu e/ou foi notificado (FIOCRUZ, 2022).

Domínio	Prática
Item 10	Você notifica um erro, mesmo que já tenha sido corrigido?

74% (n=261) dos participantes responderam que sim.

É importante esclarecer que dentro do contexto de erros, podemos deparar com os *near-misses*, um incidente que não atingiu o paciente. Se faz importante explorar os fatores contribuintes (ação ou influência na sua ocorrência) e os fatores de mitigação (que minimizam a sua progressão) nas análises dessas notificações (FIOCRUZ, 2022).

De acordo com Ferreira e Teixeira (2019), no Brasil, 80% dos *near-misses* não são notificados. Os líderes precisam ter como meta diária esclarecer e sensibilizar suas equipes sobre a diretriz da instituição em relação à cultura de notificação, assim como o que essa diretriz determina o que deve ser notificado. Austin e colaboradores (2017) corroboram com essa afirmação ao demonstrarem que apenas um de 137 *nearmisses* observados no centro cirúrgico, foi notificado. Infere-se que a desejabilidade social possa ter influenciado a declaração da prática sobre a notificação de eventos dos trabalhadores da saúde.

5.3. Limitações do estudo

A atitude foi avaliada a partir da declaração dos participantes, sem uma observação direta. A participação dos especialistas e dos participantes foi totalmente assíncrona e remota, limitando a possibilidade de observar variáveis que poderiam impactar a sua participação, por exemplo, a distração ou dúvida.

O fato de a pesquisadora responsável trabalhar na rede dos hospitais que serviram como cenário de coleta de dados, apesar do fluxo de comunicação ter sido apartado do *email* e telefone institucional, pode ter levado alguns trabalhadores ao medo da exposição.

E por último, o fato do estudo ser desenvolvido apenas no Estado do Rio de Janeiro, diante das diferenças contextuais que os Estados Brasileiros apresentam em recursos, processos e assistência nos serviços de saúde.

6. CONCLUSÃO

Constatou-se que há uma lacuna de análise das características psicométricas das principais ferramentas de avaliação para a cultura de segurança em hospitais, na perspectiva dos trabalhadores da saúde;

A cultura de segurança das organizações deve ser fortalecida ao ponto de esclarecer o objetivo da notificação e impactar a atitude dos trabalhadores da saúde, para uma percepção de notificação sem culpa, com foco no sistema e aprendizagem.

Indaga-se, a necessidade de discutir o erro com os trabalhadores de saúde na perspectiva da SP e pesquisas futuras que possam aprofundar a análise diante de sua identificação e comunicação.

É de suma importância que os responsáveis pelos treinamentos em serviço planejem estratégias educativas que possam promover a reflexão no contexto real de trabalho e a integração entre as equipes, para além do foco em atualizações teóricas.

Espera-se que esse estudo possa fomentar o protagonismo dos trabalhadores da saúde na oferta de um serviço prestado ao paciente com qualidade e segurança, por meio de discussões que os integrem, até que a temática faça parte de sua rotina e não um projeto à parte.

Comentado [FN5]: Profa Cecília: deixar claro se os objetivos foram os atingidos

7. REFERÊNCIAS

AJZEN I. A teoria do comportamento planejado. *Comportamento organizacional e processos de decisão humanos*. 1 de dezembro de 1991;50(2):179–211.

ALHAWAJREH, M. J.; PATERSON, A. S.; JACKSON, W. J. **Impact of hospital accreditation on quality improvement in healthcare: A systematic review**. *PLOS ONE*, v. 18, n. 12, p. e0294180, 5 dez. 2023.

AYOB, A. N.; CHE HASSAN, C. R.; HAMID, M. D. **Safety culture maturity measurement methods: A systematic literature review**. *Journal of Loss Prevention in the Process Industries*, v. 80, p. 104910, dez. 2022.

AYI, H.-R.; HON, C.-Y. **Safety culture and safety compliance in academic laboratories: A Canadian perspective**. *Journal of Chemical Health and Safety*, v. 25, n. 6, p. 6–12, nov. 2018.

AMALBERTI, R. et al. Gestão de segurança em sistemas complexos e perigosos - teorias e práticas: uma entrevista com René Amalberti. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 43, 30 ago. 2018.

ANDRADE, C. et al. **Designing and Conducting Knowledge, Attitude, and Practice Surveys in Psychiatry: Practical Guidance**. *Indian Journal of Psychological Medicine*, v. 42, n. 5, p. 478–481, 27 ago. 2020.

BARATTO, M.A.; SEIDEL, E.J., MORAIS B.X., MUNHOZ OL, SILVA SC, ZOTTELE C, ET AL. **Cultura de segurança do paciente: perspectiva de trabalhadores da saúde e apoio**. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE001595.

BATES, D. W.; SINGH, H. **Two Decades Since To Err Is Human: An Assessment Of Progress And Emerging Priorities In Patient Safety**. *Health Affairs*, v. 37, n. 11, p. 1736–1743, nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 529**, do Gabinete do Ministro, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acessado em 21 de agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2014. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em 21 de agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Educação Permanente em Saúde: O que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, 2018. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_sau_ude_fortalecimento.pdf. Acesso em 26 de setembro de 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório dos Resultados das notificações realizadas no Notivisa**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos>. Acesso em: 02/10/2021.

BITTAR, O. J. N. V. **Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 46, n. 1, p. 70–76, mar. 2000.

COX, S. J.; HOLDEN, J. D. **A retrospective review of significant events reported in one district in 2004–2005**. The British Journal of General Practice, v. 57, n. 542, p. 732–736, 1 set. 2007.

COOPER, M. D. **The Safety Culture Construct: Theory and Practice**. Safety Cultures, Safety Models, p. 47–61, 2018.

Davies KS. **Formulating the evidence based practice question: a review of the frameworks**. Evid Based Libr Inf Pract. 2011 Jun 24;6(2):75-80.

DE OLIVEIRA, M.L.C.; GOMES, L.O.; DA SILVA, H.S.; CHARIGLIONE, I.P.FS. Rev. Educ. Saúde; 8 (1)ISSN: 2358-9868197. **Conhecimento, Atitude e Prática - conceitos e desafios na área de educação e saúde**. Rev. Educ. Saúde 2020; 8 (1): 190-198.

Dekker S.O Anarquista da Segurança: **Confiando na Experiência Humana e na Inovação, Reduzindo a Burocracia e a Conformidade**. Routledge; 2017.

EMANUEL, L. et al. What Exactly Is Patient Safety? Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/>>.

FERRETTI, R. REL. **Psychometrics: Applications in Nursing**. Rev. Latino-Am. Enfermagem;31:e3993 [acessado em 29/08/2023]. Disponível em: Available from: URL . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3993>;

FÜRR, R. M.; BACHARACH, V. R. **Psychometrics: an introduction**. 2 nd edition. SAGE, 2013.

Garcia, Kerolyn & Costa, Elisio & Karnikowski, Margô. (2022). **Teoria do Processo de Normalização e as tecnologias de inovação em saúde**.

HINRICHSSEN, S.L. **Princípios da Administração de qualidade e o controle de infecções**. Gerenciamento de riscos. Prática Hospitalar. v.60, p.57-63, 2012.

HICKNER J, SMITH SA, YOUNT N, SORRA J. **Differing perceptions of safety culture across job roles in the ambulatory setting: analysis of the AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety Culture**. BMJ Qual Saf. 2016 Aug;25(8):588-94. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003914. Epub 2015 Oct 14. PMID: 26467390.

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):

Yount, N., Zebrak, KA, Famolaro, T., Sorra, J., & Birch, R. (2022). **Vinculando a cultura de segurança do paciente às classificações de qualidade no ambiente de lares de idosos**. *Revista de Gerontologia Aplicada*, 41 (1), 73-81. <https://doi.org/10.1177/0733464820969283>

MASCARENHAS, F.A.S.; ANDERS J.C.; GELBCKE, F.L.; LANZONI, G.M.M.; **Facilidades e dificuldades dos profissionais de saúde frente ao processo de notificação de eventos adversos**. *Texto Contexto Enfermagem* (internet), v. 28. 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0040>>. Acesso em 12 de abril de 2021.

YOUNES MEHRIFAR et al. **Safety culture and perception of warning signs of chemical hazards among hospital cleaning workers: a cross-sectional study**. *BMC Public Health*, v. 23, n. 1, 4 maio 2023.

MIMIAGA, M. J. et al. **Individual interventions**. *HIV Prevention*, p. 203–239, 2009.

MENDES DE SOUZA, R; MEDEIROS F., Rildécio; DE LIMA, S.D.; **Concepções de docentes e discentes de Gestão Hospitalar sobre a segurança do paciente**. *Revista Sustinere*, [S. l.], v. 9, p. 369–382, 2021. DOI: 10.12957/sustinere.2021.49387. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/sustinere/article/view/49387>. Acesso em: 20 fev. 2024.

MOUTINHO, Karina; ROAZZI, Antonio. **As teorias da ação racional e da ação planejada: relações entre intenções e comportamentos**. *Aval. psicol.*, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 279-287, ago. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000200012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 jan. 2024;

NASCIMENTO JC, DRAGANOV PB. [History of quality of patient safety]. *Hist enferm Rev eletrônica* [Internet]. 2015;6(2):299-309. Portuguese.

NIEVA, V.F.; SORRA, J. **Avaliação da cultura de segurança: uma ferramenta para melhorar a segurança do paciente em organizações de saúde**. *BMJ Qualidade e Segurança* 2003; 12: ii17-ii23.

NICKELL, Gary S; HINSZ, Verlin B. **Applying the Theory of Planned Behavior to understand workers' production of safe food**. *Rev. psicol. trab. organ.*, Madrid, v. 39, n. 2, p. 89-100, 2023. Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1576-59622023000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 nov. 2023. Epub 13-Nov-2023. <https://dx.doi.org/10.5093/jwop2023a10>.

OLIVEIRA, A.J.L.; YUMI, L.; GERHARDT, L.M. **Por que eu preciso aprender sobre segurança do Paciente?** In: *Guia Prático para a segurança do Paciente*. Organizadoras:

Patricia dos Santos Bopsin, Elenara Oliveira Ribas e Débora Monteiro da Silva. 1ª edição. Porto Alegre. Editora Moriá. 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Global Patient Safety Action Plan 2021-2030**. Disponível em: < <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>> Acesso em: 21/04/2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Administrative Errors: Technical Series on Safer Primary Care**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252270/9789241511674>. Acesso em: 25/09/2021.

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

REIS, C. T., MARTINS, M., & LAGUARDIA, J. **A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura**. Ciência & Saúde Coletiva, 18(7), 2029–2036. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>;

PATELI P. KAP Survey: Does It Really Measure Knowledge, Attitudes and Practices? Natl J Community Med 2022;13(5):271-273. DOI: 10.55489/njcm.130520222063

PANUWATWANICH, KRIENGSACK & ALHAADIR, S. & STEWART, RODNEY. (2016). **Influence of safety motivation and climate on safety behaviour and outcomes: evidence from the Saudi Arabian construction industry**. International Journal of Occupational Safety and Ergonomics. 23. 10.1080/10803548.2016.1235424.

PATRICK L. YORIO, JASON EDWARDS, DICK HOENEVELD, Safety culture across cultures, Safety Science, Volume 120, 2019, Pages 402-410, ISSN 0925-7535, <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.07.021>.

PASQUALI, L. **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento** / organizado por Luiz Pasquali. — Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida / Instituto de Psicologia / UnB: INEP, 1996. 432p.

Reason, J. (1998). Achieving a safe culture: theory and practice. Work & Stress, 12(3), 293–306.

Ratwani RM, Adams KT, Kim TC, et al. Avaliação de equipamentos, suprimentos e dispositivos para questões de segurança do paciente. Segurança do paciente . 2023;5(1):15-25. doi:10.33940/data/2023.3.2

Ricciardi W, Cascini F. Diretrizes e práticas de segurança para melhorar a segurança do paciente. 15 de dezembro de 2020. In: Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, et al., editores. Livro didático de segurança do paciente e gerenciamento de riscos clínicos [Internet]. Cham (CH): Springer; 2021. Capítulo 1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585634/> doi: 10.1007/978-3-030-59403-9_1

ROMERO, MANUEL PORTELA et al. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. Rev. Bioét., Brasília, v. 26, n. 3, p. 333-342, Dec. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422018000300333&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 de abril de 2021.

SANTOS, EDZANGELA DE VASCONCELOS et al. Influência das falhas administrativas na redução da segurança de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. Rev. De Gestão dos Países de Língua Portuguesa, Vol.17, núm.2, pp.58-72, 2018. Disponível em <<https://www.redalyc.org/jatsRepo/5680/568060413005/html/index.html>>. Acesso em 12 de abril de 2021.

SOBRASP. Março de 2021. Disponível em: <https://d335luupugsy2.cloudfront.net/cms/files/309053/1618067754Diretrizes_para_pesquisas_em_segurana_do_paciente_compressed_1.pdf> . Acesso em 11 de abril de 2021.

SCHWENDIMANN R.; BLATTER C.; DHAINI, S. et al. A ocorrência, tipos, consequências e evitabilidade de eventos adversos intra-hospitalares - uma revisão de escopo. BMC Health Serv. Res. v.18, p.528, 2018. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3335-z>>. Acesso em: 19 de abril de 2021.

ROTTA ALO, SOUZA LP, CARVALHO MSGV, SILVA AP, BANDEIRA AG, URBANETTO JS. Analysis of the convergence of the Safety Attitudes Questionnaire and the Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rev Bras Enferm. 2023;76(1):e20210379. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0379pt>

TUCKER AL, SPEAR SJ. Operational failures and interruptions in hospital nursing. Health Serv Res. 2006 Jun;41(3 Pt 1):643-62. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00502.x. PMID: 16704505; PMCID: PMC1713207.

VIDAL, CLAUDIA F.L.; GABRIEL, CARMEN S.; IZIDORO, CECÍLIA; FREITAS, MARISE R.; GRABOIS, VICTOR. Diretrizes para pesquisa em segurança do paciente. VINCENT, C.; AMALBERTI, R. Gestão de Riscos no Mundo Real. In: Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro: Proqualis, ICICT/Fiocruz, 2016.

1. Declaro ter lido o texto acima e estar ciente da finalidade da pesquisa. A explicação recebida esclarece o objetivo da minha participação nessa pesquisa e que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. E ainda, que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei nenhum recurso material ou financeiro para participar da pesquisa. Assim eu:

Marcar apenas uma oval.

- ACEITO participar da pesquisa
 NÃO ACEITO participar da pesquisa

Dados Gerais dos Participantes

Se você chegou aqui, obrigada por participar!

As perguntas a seguir nos ajudará a entender algumas características suas. Lembramos que nenhuma informação que você der nos permitirá te identificar, pois são gerais.

2. Setor:

Marcar apenas uma oval.

- Bimparia
 Transporte
 Higienização
 Serviço de nutrição
 Central de material e esterilização
 Recepção
 Radiologia
 Laboratório
 Banco de sangue
 Farmácia
 Almoxarifado
 Segurança Patrimonial
 Engenharia Clínica

3. Idade:

Somente número em anos

4. Sexo:

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
 Masculino

5. Formação:

Marcar apenas uma oval.

- Ensino fundamental completo
 Ensino médio incompleto
 Ensino médio completo
 Ensino superior incompleto
 Ensino superior completo
 Pós-graduação

6. Tempo que trabalha na instituição:

Somente número em anos

Informações sobre o conhecimento, atitude e prática em Segurança do Paciente.

Agora, teremos as perguntas que englobam conhecimento, atitudes e práticas sobre segurança do paciente, cultura justa e cultura de segurança. Todos os itens terão duas opções de respostas:

- SIM - se concordar com a frase.
- NÃO - se não concordar com a frase.

7. A Segurança do Paciente são ações desenhadas, baseadas em normativas, protocolos, por profissionais assistenciais e trabalhadores da saúde para reduzir danos aos pacientes?

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

8. a) Você se considera um trabalhador da saúde?

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

9. b) Você faz adaptações na rotina de trabalho padronizada para sua função?

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

10. c) Errar é uma ação intencional para fugir do que é padronizado pelas normas/protocolos?

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

11. d) Você acha que pode errar na rotina de trabalho?

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

16. e) Você notifica um erro, mesmo que já tenha sido corrigido?

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

12. f) Você costuma comunicar seus erros à liderança?

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

13. g) O objetivo da notificação de incidentes/eventos adversos é penalizar o profissional de acordo com o acontecimento?

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

14. h) Você acredita que as notificações de eventos geram mais segurança para a rotina de trabalho?

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

15. i) Você notifica um incidente, mesmo que já tenha sido corrigido?

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO

9. APÊNDICE B – TCLE E INSTRUMENTO PARA OS PAINELISTAS

Convite para pesquisa!

Olá, como você está?

Gostaria de convidar você para participar da minha pesquisa como especialista.

Contamos com a sua experiência e expertise para identificar as evidências de validade sobre um instrumento criado com foco no conhecimento, nas atitudes e na prática que os trabalhadores da saúde apresentam sobre a Segurança do Paciente.

Este instrumento será aplicado aos trabalhadores de saúde com a finalidade de melhoria de qualidade nas instituições, considerando o contexto hospitalar.

Assim, este instrumento necessita ter as suas evidências de validade identificadas e a sua colaboração consistirá em analisar a proposta, como os domínios e itens se relacionam e a sua clareza, pertinência e relevância.

Se te interessou, por favor, leia a seguir o documento chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pois é por meio dele que você registra ou não a sua vontade de participar da pesquisa.

Agradeço desde já por colaborar com a ciência!

Fabiana Nogueira
Pesquisadora responsável

* Indica uma pergunta obrigatória

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Você está sendo convidada(o) a participar de uma pesquisa chamada Conhecimento, Atitude e Prática sobre segurança do paciente dos trabalhadores da saúde que atuam nas áreas de apoio no contexto hospitalar, sob minha responsabilidade, Fabiana Nogueira de Oliveira e orientada pelas Professoras Doutoras Brenata Flávia Abreu da Silva e Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa. Esta pesquisa se relaciona com o Mestrado que estou cursando e se vincula ao programa de Pós-Graduação – Mestrando em Enfermagem (PPGENF), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e tem como objetivo geral: analisar os conhecimentos, atitudes e práticas sobre segurança do paciente na perspectiva dos trabalhadores de saúde das áreas de apoio hospitalar.

Pretende-se validar o instrumento de coleta de dados que será aplicado na pesquisa e temos a certeza que a sua "expertise" na área é de fundamental importância para a qualidade do trabalho.

Os pesquisadores asseguram o atendimento a todos os direitos dos participantes de pesquisa, bem como reconhecem os seus deveres, de acordo com o que se estabelece nas resoluções 466/2012 e ou 510/2016. Gostaríamos de esclarecer que esta participação é inteiramente voluntária, isto é, você pode optar por não participar ou interromper sua participação a qualquer momento. Isso não irá interferir no seu trabalho. A sua participação se dará através da análise das questões elaboradas para serem utilizadas nesta pesquisa. São questões que foram elaboradas baseadas no inquérito CAP - Conhecimento, Atitude e Prática, sendo de múltipla escolha com 3 (três) respostas possíveis. As informações coletadas serão analisadas em conjunto com outros participantes e em nenhuma hipótese será publicado alguma informação que permita de alguma forma a identificação individual.

A sua participação envolverá: a leitura e o aceite desse termo, se quiser participar da pesquisa, e responder ao questionário que virá em seguida. Ele é anônimo e poderá ser respondido no computador ou no celular.

Esclarecemos que não haverá custos ou pagamento pela sua participação nesta pesquisa, contudo, se houver algum dano a você, é garantida a sua indenização, conforme preconizado pelas Resoluções CNS nº 466/12 e a Resolução 510/16. Isso porque esta pesquisa tem alguns riscos a você, como: você pode se sentir embaraçado por não saber alguma questão ou pode ter medo de responder ao questionário, ou pelo risco da divulgação das informações. Por isso, garantimos que, não temos como saber quem responderá a cada questionário, então não temos como identificar de quem é cada resposta. Reiteramos que todas as respostas serão salvas no dispositivo eletrônico exclusivo da pesquisadora.

<https://www.google.com/maps/@45.527461,-82.509756,15m/data=!3m1!1e3!1m1!1s1>

2/4

Meu nome, se quiser, pode deixar de responder alguma questão ou interromper a sua participação.

Fabiana Nogueira - pesquisadora responsável

Celular: (21) 96148345

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) - que direciona a pesquisa com possibilidades e critérios para evitar situações que possam causar dano ao participante. Telefone: (21) 2542-7766 ou e-mail: cep@unirio.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto COPE - Rua Otávio Cordeiro, 30 - Botafogo - RJ, CEP: 22256-505 E-mail: comite@cope.org.br ou Telefone: (21) 21 9881-6051

1. Diante do exposto, gostaríamos da sua valiosa contribuição para a avaliação das nossas perguntas. Acreditamos que esta pesquisa pode fornecer benefícios diretos e indiretos a você, devido à reflexão e a possível mudança e incentivo através do envolvimento nas práticas de segurança e a elaboração de produção de novos conhecimentos sobre o tema. Assim:

- Marcar apenas uma oval:
- NÃO PARTICIPAR DA PESQUISA
- SIM, PARTICIPAR DA PESQUISA

Caracterização dos participantes

Agradeço o seu aceite!

Primeiro, inicialmente, de algumas informações apenas para fins de caracterização dos especialistas.

2. Gênero:

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

Outro: _____

3. Idade:

Somente o número em anos.

4. Qualificação Profissional:

Marque o maior título completo.

Marcar apenas uma oval.

Graduação

Especialização

Mestrado

Doutorado

5. Tempo de experiência na atuação profissional:

Escreva somente o número, em anos.

Inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP)

Antes de começar, peço que você leia os conceitos e instruções a seguir, por favor.

Inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP)

é um método amplamente utilizado em pesquisas na área da saúde, que permite a avaliação das percepções, vontade e a disposição para práticas de determinado tema (OLIVEIRA et al, 2020).

- **Conhecimento** é atribuído a aquisição e retenção de informações, somado a habilidade de aplicar o conhecimento adquirido na resolução de problemas;
- **Atitude** como reação as situações de acordo com o ponto de vista individual, influenciado por opiniões, experiência, lembranças;
- **Prática**, a forma que uma pessoa aplica os conhecimentos para tomada de decisão.

O instrumento é dividido em três domínios, com base nos eixos:

Conceito de Segurança do Paciente.

Cultura Justa

Cultura de Segurança

É importante esclarecer que a Resolução 238, de 6 de março 1997, do Conselho Nacional de Saúde, não denomina todos os colaboradores que trabalham em serviços de saúde como **Profissionais de saúde**. Utilizamos o termo **Trabalhador da Saúde**, da Organização Mundial da Saúde, que identifica todos os profissionais que se dedicam aos serviços de saúde ou prestam apoio a essas atividades. Nessa pesquisa, especificamente, os profissionais das áreas de apoio.

Por favor, **atente-se** que:

- Os itens do instrumento, não necessariamente, apresentarão informações corretas sobre a Segurança do Paciente, mas assim foram apresentados para que se possibilite a análise do conhecimento, atitude e prática;
- Todas os itens terão três possibilidades de respostas: 'sim'; 'não'; 'não sei'.

Apreciação do instrumento quanto à sua finalidade, padrão de respostas e domínios.

6. Você acha ser importante a análise do conhecimento do trabalhador da saúde sobre Segurança do paciente?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

7. Você acha ser importante a análise das atitudes do trabalhador da saúde sobre Segurança do paciente?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

8. Você acha ser importante a análise das práticas do trabalhador da saúde sobre Segurança do paciente?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

9. Observe cada item a seguir e aponte em qual domínio do Inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática) ele se aplica:

Marcar apenas uma oval por linha.

	Conhecimento	Atitude	Prática
Segurança do Paciente são ações desenvolvidas, baseadas em normativas/protocolos, por profissionais assistenciais e trabalhadores da saúde para reduzir danos aos pacientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você se considera um trabalhador da saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você faz adaptações na rotina de trabalho padronizada para sua função, a fim de ganhar tempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seres humanos erram quando trabalham?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você considera que só erra quando não sabe fazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você costuma sinalizar seus erros aos colegas de trabalho e/ou liderança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O objetivo da notificação de incidentes/eventos adversos é responsabilizar o profissional e	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

s/100cs.google.com/forms/d/1Ap35Z14L1aPGZ10EIV8UshwvPLAqL50ax3N1FKgPMed1

7/14

10. Você concorda com este padrão de respostas?

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim, concordo	Não, concordo
Opção de resposta: Sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opção de resposta: Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opção de resposta: Não sei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Você se considera um trabalhador da saúde?

Marcar apenas uma oval por linha.

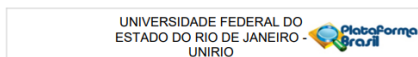
	SIM	NÃO
Esse item está claro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esse item é pertinente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esse item está redigido corretamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Você faz adaptações na rotina de trabalho padronizada para sua função, a fim de ganhar tempo?

Marcar apenas uma oval por linha.

	SIM	NÃO
Esse item está claro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esse item é pertinente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esse item está redigido corretamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. ANEXO 1 – PARECER DE APROVAÇÃO



Continuação do Parecer: 5.913.429

em casos de constrangimento ou a interrupção do autoperenchimento das respostas, caso desista de participar da pesquisa. Será realizado o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico de uso exclusivo da pesquisadora, apagando todo o registro na "nuvem" da plataforma virtual.

Benefícios:

Cada participante terá como benefício direto a reflexão dos responsáveis pelas instituições participantes e a possível mudança e incentivo através do envolvimento nas práticas de segurança e benefício indireto na elaboração de produção de novos conhecimentos sobre o tema.

Após o término da pesquisa, os resultados do estudo serão divulgados para os participantes da pesquisa e para as instituições onde os dados foram obtidos. *

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda a protocolo de pesquisa previamente aprovado.

A emenda justifica-se para a inclusão de instituição coparticipante para apreciação ética.

Instituição: Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino.

CNPJ: 12.433.137/0001-19

Responsável: Fernanda Freire Tovar Moll.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados para esta versão do protocolo de pesquisa: Carta emenda.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezadô(s) Pesquisador(a),

Insere os relatórios parcial(is) (a cada 6 meses) e final da pesquisa na Plataforma Brasil por meio de Notificação.

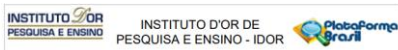
Consulte o site do CEP UNIRIO (www.unirio.br/cep) para identificar materiais e informações que podem ser úteis, tais como:

a) Modelos de relatórios e como submetê-los (sub abas "Relatórios" e "Notificações" e aba "Materiais de apoio e tutoriais");

b) Situações que podem ocorrer após aprovação do projeto (mudança de cronograma e da equipe de pesquisa, alterações do protocolo pesquisa, observação de efeitos adversos, ...) e a forma de comunicação ao CEP (aba "Tramitação após aprovação do projeto" e suas sub abas).

Endereço: Av. Pasteur, 296 subloja da Escola de Natação
 Bairro: Urca CEP: 22.290-240
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO E-mail: cep@unirio.br
 Telefone: (21)2542-7799

Página 03 de 03



Continuação do Parecer: 5.960.735

11- Hospital_G.pdf
 12- Hospital_H.pdf
 13- Hospital_I.pdf
 14- Hospital_J.pdf

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo encontra-se apto para desenvolvimento.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Formulario_e_tela.pdf	17/03/2023 15:27:38	RONILSON GONCALVES ROCHA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_2094896.pdf	10/03/2023 16:15:13		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_PENDENCIA.pdf	10/03/2023 19:14:36	Fabiana Nogueira de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigação	Projeto_Pesquisa_PPGENF_Fabiana_N ogueira_CEPV03.pdf	10/03/2023 18:53:19	Fabiana Nogueira de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	FR_1.pdf	10/03/2023 18:47:27	Fabiana Nogueira de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Assentimento	HOSPITAL_IV02.pdf	10/03/2023 17:41:18	Fabiana Nogueira de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Assentimento	HOSPITAL_IV02.pdf	10/03/2023 17:41:09	Fabiana Nogueira de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Assentimento	HOSPITAL_HV02.pdf	10/03/2023 17:41:00	Fabiana Nogueira de Oliveira	Aceito

11. ANEXO 2 – CARTAS DE AUTORIZAÇÃO

INSTITUTO D'OR
PESQUISA E ENSINO

CARTA DE CIÊNCIA

Rio de Janeiro, 28 de novembro de 2022

A Instituição Hospital Barra D'Or, CNPJ 09.047.087/0007-93, declara ciência da pesquisa intitulada "Conhecimento, atitude e prática sobre segurança do paciente na perspectiva dos trabalhadores da saúde que atuam nas áreas de apoio no contexto hospitalar", que tem como pesquisador(a) principal, Fabiana Nogueira de Oliveira.

A pesquisa será realizada em dez Hospitais da Rede D'Or, no período entre março a novembro de 2023, todos como Hospitais participantes.

Tem como Centro Coordenador a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO, dentro do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, tendo como pesquisadora responsável, Fabiana Nogueira de Oliveira.

Atividades a serem realizadas na instituição:

- Coleta de informações, com o apoio do escritório de qualidade local, para contato dos participantes da pesquisa, conforme critérios de inclusão.

Não haverá custos para a Instituição e para os participantes da pesquisa.

As atividades do estudo somente serão iniciadas após aprovação institucional (NAPE) primeiramente e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à instituição. Reforçamos que os CEP são colegiados interdisciplinares e independentes, com autonomia para deliberação ética.

Dr. Plínio Resende
CNPJ 09.047.087/0007-93
Diretor Geral
HOSPITAL Barra D'Or

Plínio Resende
Plínio Resende De C. Junior
Diretor(a) Geral da Instituição

Fabiana Nogueira de Oliveira
Fabiana Nogueira de Oliveira
Pesquisador(a) Responsável

Carta de Ciência Barra Instituição versão 2.0 NAFY - 23 de setembro de 2021

INSTITUTO D'OR
PESQUISA E ENSINO

CARTA DE CIÊNCIA

Rio de Janeiro, 28 de novembro de 2022

A Instituição Hospital Glória D'Or, CNPJ 31.635.857/0004-54, declara ciência da pesquisa intitulada "Conhecimento, atitude e prática sobre segurança do paciente na perspectiva dos trabalhadores da saúde que atuam nas áreas de apoio no contexto hospitalar", que tem como pesquisador(a) principal, Fabiana Nogueira de Oliveira.

A pesquisa será realizada em dez Hospitais da Rede D'Or, no período entre março a novembro de 2023, todos como Hospitais participantes.

Tem como Centro Coordenador a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO, dentro do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, tendo como pesquisadora responsável, Fabiana Nogueira de Oliveira.

Atividades a serem realizadas na instituição:

- Coleta de informações, com o apoio do escritório de qualidade local, para contato dos participantes da pesquisa, conforme critérios de inclusão.

Não haverá custos para a Instituição e para os participantes da pesquisa.

As atividades do estudo somente serão iniciadas após aprovação institucional (NAPE) primeiramente e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à instituição. Reforçamos que os CEP são colegiados interdisciplinares e independentes, com autonomia para deliberação ética.

Dr. William Viana
CNPJ 31.635.857/0004-54
Diretor Geral
HOSPITAL Glória D'Or

William Viana
William Viana
Diretor(a) Médico da Instituição

Fabiana Nogueira de Oliveira
Fabiana Nogueira de Oliveira
Pesquisador(a) Responsável

Carta de Ciência Glória Instituição versão 2.0 NAFY - 23 de setembro de 2021

INSTITUTO D'OR
PESQUISA E ENSINO

CARTA DE CIÊNCIA

Rio de Janeiro, 28 de novembro de 2022

A Instituição Hospital SAMER, CNPJ 31.635.857/0005-65, declara ciência da pesquisa intitulada "Conhecimento, atitude e prática sobre segurança do paciente na perspectiva dos trabalhadores da saúde que atuam nas áreas de apoio no contexto hospitalar", que tem como pesquisador(a) principal, Fabiana Nogueira de Oliveira.

A pesquisa será realizada em dez Hospitais da Rede D'Or, no período entre março a novembro de 2023, todos como Hospitais participantes.

Tem como Centro Coordenador a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO, dentro do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, tendo como pesquisadora responsável, Fabiana Nogueira de Oliveira.

Atividades a serem realizadas na instituição:

- Coleta de informações, com o apoio do escritório de qualidade local, para contato dos participantes da pesquisa, conforme critérios de inclusão.

Não haverá custos para a Instituição e para os participantes da pesquisa.

As atividades do estudo somente serão iniciadas após aprovação institucional (NAPE) primeiramente e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à instituição. Reforçamos que os CEP são colegiados interdisciplinares e independentes, com autonomia para deliberação ética.

Dr. Deumy Gomes Rabelo
CNPJ 31.635.857/0005-65
Diretor Geral
HOSPITAL SAMER

Deumy Gomes Rabelo
Deumy Gomes Rabelo
Diretor(a) Geral da Instituição

Fabiana Nogueira de Oliveira
Fabiana Nogueira de Oliveira
Pesquisador(a) Responsável

INSTITUTO D'OR
PESQUISA E ENSINO

CARTA DE CIÊNCIA

Rio de Janeiro, 28 de novembro de 2022

A Instituição Hospital Barão, CNPJ 42.207.000/0001-10, declara ciência da pesquisa intitulada "Conhecimento, atitude e prática sobre segurança do paciente na perspectiva dos trabalhadores da saúde que atuam nas áreas de apoio no contexto hospitalar", que tem como pesquisador(a) principal, Fabiana Nogueira de Oliveira.

A pesquisa será realizada em dez Hospitais da Rede D'Or, no período entre março a novembro de 2023, todos como Hospitais participantes.

Tem como Centro Coordenador a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO, dentro do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, tendo como pesquisadora responsável, Fabiana Nogueira de Oliveira.

Atividades a serem realizadas na instituição:

- Coleta de informações, com o apoio do escritório de qualidade local, para contato dos participantes da pesquisa, conforme critérios de inclusão.

Não haverá custos para a Instituição e para os participantes da pesquisa.

As atividades do estudo somente serão iniciadas após aprovação institucional (NAPE) primeiramente e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à instituição. Reforçamos que os CEP são colegiados interdisciplinares e independentes, com autonomia para deliberação ética.

Dr. Renato Castro Borges Lins
CNPJ 42.207.000/0001-10
Diretor Geral
HOSPITAL BARÃO

Renato Castro Borges Lins
Renato Castro Borges Lins
Diretor(a) Médico da Instituição

Fabiana Nogueira de Oliveira
Fabiana Nogueira de Oliveira
Pesquisador(a) Responsável

INSTITUTO OR
PESSOAS E ENSINO

CARTA DE CIÊNCIA

Rio de Janeiro, 28 de novembro de 2022

A Instituição Hospital Central Leste, CNPJ: 53.616.975/0001-07, declara ciência da pesquisa intitulada "Conhecimento, atitude e prática sobre segurança do paciente na perspectiva dos trabalhadores da saúde que atuam nas áreas de apoio no contexto hospitalar", que tem como pesquisador(a) principal, Fabiana Nogueira de Oliveira.

A pesquisa será realizada em dez Hospitais da Rede D'Or, no período entre abril a novembro de 2023, todos como Hospitais participantes.

Tem como Centro Coordenador a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO, dentro do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, tendo como pesquisadora responsável: Fabiana Nogueira de Oliveira.

Atividades a serem realizadas na instituição:

- Coleta de informações, com o apoio do escritório de qualidade local, para contato dos participantes da pesquisa, conforme critérios de inclusão.

Não haverá custos para a Instituição e para os participantes da pesquisa.

As atividades do estudo somente serão iniciadas após aprovação institucional (NAPE) primeiramente e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à instituição. Reforçamos que os CEP são colegiados interdisciplinares e independentes, com autonomia para deliberação ética.

Fabiana Nogueira de Oliveira
Pesquisadora Responsável

Lygia Silveira D' Oliveira
Diretor(a) médica da Instituição

INSTITUTO OR
PESSOAS E ENSINO

CARTA DE CIÊNCIA

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2023

A Instituição Hospital Jutta Batista, CNPJ: 3155870002-02, declara ciência da pesquisa intitulada "Conhecimento, atitude e prática sobre segurança do paciente na perspectiva dos trabalhadores da saúde que atuam nas áreas de apoio no contexto hospitalar", que tem como pesquisador(a) principal, Fabiana Nogueira de Oliveira.

A pesquisa será realizada em dez Hospitais da Rede D'Or, no período entre abril a novembro de 2023, todos como Hospitais participantes.

Tem como Centro Coordenador a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO, dentro do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, tendo como pesquisadora responsável: Fabiana Nogueira de Oliveira.

Atividades a serem realizadas na instituição:

- Coleta de dados, com apoio do escritório de qualidade local, dos participantes dos critérios de inclusão.

Não haverá custos para a Instituição e para os participantes da pesquisa.

As atividades do estudo somente serão iniciadas após aprovação institucional (NAPE) primeiramente e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à instituição. Reforçamos que os CEP são colegiados interdisciplinares e independentes, com autonomia para deliberação ética.

Fabiana Nogueira de Oliveira
Pesquisadora Responsável

Cleyte Theresia Leal Casemiro Vazulfo
Diretor(a) Médica da Instituição

INSTITUTO OR
PESSOAS E ENSINO

CARTA DE CIÊNCIA

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2023

A Instituição Hospital Oeste D'Or, CNPJ: 06.047.00790023-16, declara ciência da pesquisa intitulada "Conhecimento, atitude e prática sobre segurança do paciente na perspectiva dos trabalhadores da saúde que atuam nas áreas de apoio no contexto hospitalar", que tem como pesquisador(a) principal, Fabiana Nogueira de Oliveira.

A pesquisa será realizada em dez Hospitais da Rede D'Or, no período entre abril a novembro de 2023, todos como Hospitais participantes.

Tem como Centro Coordenador a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO, dentro do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, tendo como pesquisadora responsável: Fabiana Nogueira de Oliveira.

Atividades a serem realizadas na instituição:

- Coleta de dados, com apoio do escritório de qualidade local, dos participantes dos critérios de inclusão.

Não haverá custos para a Instituição e para os participantes da pesquisa.

As atividades do estudo somente serão iniciadas após aprovação institucional (NAPE) primeiramente e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à instituição. Reforçamos que os CEP são colegiados interdisciplinares e independentes, com autonomia para deliberação ética.

Fabiana Nogueira de Oliveira
Pesquisadora Responsável

Ceryll Gomes Moreira
Diretor(a) Geral da Instituição

INSTITUTO OR
PESSOAS E ENSINO

CARTA DE CIÊNCIA

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2023

A Instituição Hospital Copa Star, CNPJ: 06.047.00790023-16, declara ciência da pesquisa intitulada "Conhecimento, atitude e prática sobre segurança do paciente na perspectiva dos trabalhadores da saúde que atuam nas áreas de apoio no contexto hospitalar", que tem como pesquisador(a) principal, Fabiana Nogueira de Oliveira.

A pesquisa será realizada em dez Hospitais da Rede D'Or, no período entre abril a novembro de 2023, todos como Hospitais participantes.

Tem como Centro Coordenador a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO, dentro do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, tendo como pesquisadora responsável: Fabiana Nogueira de Oliveira.

Atividades a serem realizadas na instituição:

- Coleta de dados, com apoio do escritório de qualidade local, dos participantes dos critérios de inclusão.

Não haverá custos para a Instituição e para os participantes da pesquisa.

As atividades do estudo somente serão iniciadas após aprovação institucional (NAPE) primeiramente e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à instituição. Reforçamos que os CEP são colegiados interdisciplinares e independentes, com autonomia para deliberação ética.

Fabiana Nogueira de Oliveira
Pesquisadora Responsável

Bruno Miguel Jorge Costa
Diretor(a) Geral da Instituição

INSTITUTO OR
PESSOAS E ENSINO

CARTA DE CIÊNCIA

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2023

A Instituição Hospital Riocentro D'Or, CNPJ: 06.047.00790023-16, declara ciência da pesquisa intitulada "Conhecimento, atitude e prática sobre segurança do paciente na perspectiva dos trabalhadores da saúde que atuam nas áreas de apoio no contexto hospitalar", que tem como pesquisador(a) principal, Fabiana Nogueira de Oliveira.

A pesquisa será realizada em dez Hospitais da Rede D'Or, no período entre abril a novembro de 2023, todos como Hospitais participantes.

Tem como Centro Coordenador a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO, dentro do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, tendo como pesquisadora responsável: Fabiana Nogueira de Oliveira.

Atividades a serem realizadas na instituição:

- Coleta de dados, com apoio do escritório de qualidade local, dos participantes dos critérios de inclusão.

Não haverá custos para a Instituição e para os participantes da pesquisa.

As atividades do estudo somente serão iniciadas após aprovação institucional (NAPE) primeiramente e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à instituição. Reforçamos que os CEP são colegiados interdisciplinares e independentes, com autonomia para deliberação ética.

Fabiana Nogueira de Oliveira
Pesquisadora Responsável

Paulo Larangeira
Diretor(a) Geral da Instituição

INSTITUTO OR
PESSOAS E ENSINO

CARTA DE CIÊNCIA

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2023

A Instituição Hospital Bangs, CNPJ: 06.047.00790023-16, declara ciência da pesquisa intitulada "Conhecimento, atitude e prática sobre segurança do paciente na perspectiva dos trabalhadores da saúde que atuam nas áreas de apoio no contexto hospitalar", que tem como pesquisador(a) principal, Fabiana Nogueira de Oliveira.

A pesquisa será realizada em dez Hospitais da Rede D'Or, no período entre abril a novembro de 2023, todos como Hospitais participantes.

Tem como Centro Coordenador a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO, dentro do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, tendo como pesquisadora responsável: Fabiana Nogueira de Oliveira.

Atividades a serem realizadas na instituição:

- Coleta de dados, com apoio do escritório de qualidade local, dos participantes dos critérios de inclusão.

Não haverá custos para a Instituição e para os participantes da pesquisa.

As atividades do estudo somente serão iniciadas após aprovação institucional (NAPE) primeiramente e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à instituição. Reforçamos que os CEP são colegiados interdisciplinares e independentes, com autonomia para deliberação ética.

Fabiana Nogueira de Oliveira
Pesquisadora Responsável

Ceryll Gomes Moreira
Diretor(a) Geral da Instituição